FACULTE DE MEDECINE
BROUSSAIS HOTEL-DIEU
UNIVERSITE PARIS VI

NO 10

ANNEE 1975

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Christian MONGIN

né le 24 Août 1949 à PARIS XVe

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE. . . . . .

L'INFORMATION MEDICALE ET L'EDUCATION SANITAIRE EN MILIEU MIGRANT

Intérêt des méthodes audio-visuelles

Président : M. M. GENTILINI, Professeur

DITIONS MEDICALES ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTE DE MEDECINE
BROUSSAIS HOTEL-DIEU
UNIVERSITE PARIS VI

ANNEE 1975

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Christian MONGIN

né le 24 Août 1949 à PARIS XVe

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE. . . . . .

L'INFORMATION MEDICALE ET L'EDUCATION SANITAIRE EN MILIEU MIGRANT

Intérêt des méthodes audio-visuelles

Président : M. M. GENTILINI, Professeur

EDITIONS MEDICALES EM ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A ISABELLE,

A MES PARENTS,

Qu'ils trouvent ici l'expression de la reconnaissance
que je leur dois.

A MES FRERES,

A TOUS MES AMIS.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544701_0026

A Monsieur le Professeur Agrégé

Marc CENTILINI,

Médecin Biologiste des Hôpitaux de Paris,

Pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse,

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A tous ceux qui ont participé à cette expérience et sans lesquels ce travail n'aurait pu être engagé ni poursuivi :

Au Docteur Brigitte BRIERE, Secrétaire du Comité Médical et Médico-Social d'aide aux migrants,

A Monique DROIN, assistance sociale du SSAE,

A Marcel RINAUD, animateur de foyer,

A Jean MONCEIX,

A Bouna DAF,

A Ibrahim GAY,

A Abdoulaye SY, directeur de foyers,

A tous nos camarades africains qui ont accepté de travailler avec nous,

Qu'ils soient profondément remerciés de leur collaboration efficace et de leur amitié.

P L A N

INTRODUCTION

I - REALITES DE L'IMMIGRATION EN FRANCE

A - Historique

B - Données sociologiques

C - Les conditions de vie et leur rôle pathogène

D - Signification économique de l'immigration

II - PATHOLOGIE DES TRAVAILLEURS IMMIGRES

A - Pathologie d'apport

B - Pathologie d'acquisition

C - Pathologie d'adaptation

D - Problèmes pédiatriques

E - Les problèmes spécifiques de la femme immigrée

III - L'EDUCATION SANITAIRE EN MILIEU MIGRANT : LES EXPERIENCES DEJA REALISEES

A - Cours d'alphabétisation

B - Sur les lieux de travail

C - Education sanitaire féminine

D - Dans les foyers

IV - EXPERIMENTATION D'UNE METHODE AUDIO-VISUELLE D'EDUCATION SANITAIRE DANS TROIS FOYERS D'AFRICAINS NOIRS DU XIXème ARRONDISSEMENT DE PARIS

Introduction

A - Présentation de la méthode utilisée

1 - Le support visuel
2 - Principes d'utilisation
3 - Matériel utilisé

B - Difficultés rencontrées

1 - Problèmes méthodologiques
2 - Problèmes linguistiques
3 - Difficultés matérielles

C - Présentation des foyers - Prise de contact

D - Expérimentation proprement dite

1 - Tuberculose
- Analyse de la méthode utilisée
- Rapport des séances effectuées dans les 3 foyers
- Modifications apportées

2 - Maladies Vénériennes
- Analyse de la méthode utilisée
- Modifications apportées
- Réactions observées

3 - Bilharziose
- Analyse de la méthode utilisée

- Modifications apportées
- Réactions observées

4 - Dracunculose
- Analyse de la méthode utilisée
- Modifications apportées
- Réactions observées

CONCLUSIONS : Propositions

BIBLIOGRAPHIE

oOo

INTRODUCTION

Le rôle de la médecine est certes de soigner et de guérir mais surtout de prévenir. Il n'est pas besoin de se référer au mode d'exercice des médecins de la Chine classique ou à la sagesse populaire pour se rendre compte que la prévention devrait être un terrain d'élection pour tous ceux qui sont appelés à promouvoir la santé.

Mais la prévention fait appel à des disciplines dont le nombre ne cesse de croître, nécessite une infrastructure et un personnel important qui n'est encore qu'à l'état embryonnaire. Aussi il nous est apparu intéressant d'étudier ce que signifierait une prévention véritable au niveau d'une population donnée, les travailleurs immigrés. Chez eux, un certain nombre de problèmes se posent avec beaucoup plus d'acuité et d'évidence que dans la population française. D'autre part, l'interaction de très nombreux facteurs montre dans ce cadre la complexité d'une pathogénie donnée.

Ainsi l'éradication d'une maladie en milieu migrant passe par un certain nombre d'actions :

- action curative et dépistage précoce de cette maladie mais aussi des autres troubles qui peuvent favoriser l'éclosion de cette dernière ; meilleur accueil des migrants au sein des structures médico-sociales existantes,

- action sociale vigoureuse visant à l'amélioration des conditions de vie de ces travailleurs,

- action d'information et de formation pouvant revêtir différents aspects : alphabétisation fonctionnelle, formation professionnelle adaptée à des travailleurs étrangers d'origine rurale, éducation sanitaire,

- enfin par une participation au développement effectif des pays d'origine, ce qui permettrait de résoudre le problème à sa racine....

Nous nous sommes attachés à étudier quelle était l'importance de l'éducation sanitaire dans un tel processus de " dynamique préventive ".

Avant d'entreprendre une action quelconque il est nécessaire de savoir à qui l'on s'adresse et de cerner le problème ; aussi nous verrons dans un premier temps qui sont les immigrés et quelles sont les réalités de leur vie en France.

Ensuite, faisant une brève analyse de la littérature consacrée à ce sujet, nous déterminerons quels sont les principaux problèmes sanitaires auxquels ils sont affrontés.

Puis avant de proposer certaines orientations, il nous a semblé important de faire le recensement des différentes expériences d'éducation sanitaire destinées aux migrants déjà tentées ou réalisées en France.

Enfin, nous rapporterons l'expérience d'information médicale que nous avons pu mener avec et auprès d'Africains habitant des foyers du XIXème arrondissement de Paris.

oOo

Chapitre I : REALITES DE L'IMMIGRATION EN FRANCE

Il ne s'agit pas ici d'étudier de façon exhaustive le phénomène de l'immigration en France. Nous voulons simplement et rapidement esquisser les grandes lignes de ce mouvement tel qu'il se dessine à travers l'abondante littérature qui lui est consacrée depuis quelques années et dans lequel s'insère le travail qui va suivre.

Ce chapitre n'est qu'une approche limitée de l'immigration et n'a pour but que de fournir à celui qui les ignore quelques informations de base permettant une meilleure compréhension des autres chapitres.

I - HISTORIQUE

Les statistiques les plus anciennes concernant les flux migratoires remontent à 1851 et l'on constate que l'effectif d'étrangers résidant en France n'a fait qu'augmenter constamment depuis cette période avec cependant quelques épisodes de récession dus à des phénomènes historiques et socio-économiques.

Ainsi le cap du million est franchi en 1881 et à la veille de la première guerre mondiale les étrangers représentent 3 % de la population. Après 1918, leur nombre continue à progresser pour atteindre 3 millions en 1931 (soit 7 % de la population) ; à cette époque les travailleurs venaient essentiellement des rives européennes de la Méditerranée (Italie, Espagne) et de certains pays d'Europe Centrale et Orientale. Mais la crise économique qui éclate alors va provoquer un grand nombre de retour et la seconde guerre mondiale marquera ensuite un arrêt brutal de ces migrations.

En 1946, la population étrangère en France dépasse à peine 1.500.000, puis l'immigration reprend et augmente progressivement pour atteindre actuellement le niveau de l'entre deux-guerres. (Il faut cependant noter qu'avant 1962 les travailleurs algériens étaient considérés comme Français). (103 , 104)

On observe dans le même temps une modification dans la nature même de l'immigration. De mouvement conjoncturel, elle tend à adopter un caractère structurel comme le note C. WIHTOL et WENDEN :

" la nature même de l'immigration se transforme : à l'immigration de peuplement d'origine européenne a fait place une immigration de plus en plus temporaire au taux de rotation rapide ce qui entraîne des difficultés d'apprentissage et d'adaptation et venue de pays lointains, ce qui risque d'aggraver les tensions culturelles et sociales ; autant de facteurs de marginalisation amorçant la formation d'un sous-prolétariat ". (130)

Plusieurs facteurs risquent cependant de diminuer l'entrée des travailleurs étrangers en France :

- la période de récession économique dans laquelle nous entrons, associée à une importante dégradation de la situation de l'emploi,

- la mise en place d'une nouvelle politique de l'immigration qui s'est pour le moment essentiellement caractérisée par une suspension de l'immigration entrée en vigueur le 3 Juillet 1974 pour une durée de 3 mois et prolongée par le Gouvernement pour un temps indéterminé,

- l'attitude de certains pays fournisseurs comme l'Algérie qui veulent juguler l'hémorragie d'une main d'oeuvre dont leur industrie naissante a grand besoin.

II - DONNEES SOCIOLOGIQUES

1 - Les effectifs

Comment interpréter les chiffres du ministère de l'intérieur ?

Pour certains, ils seraient " naturellement " inférieurs à la réalité (86).

Pour d'autres, ils seraient surestimés car si les statistiques d'entrée sont à peu près justes, celles de sorties resteraient très approximatives (car le Ministère de l'Intérieur qui gère le fichier des cartes de séjour ne retire celles-ci de la circulation qu'à leur expiration ; or beaucoup d'étrangers rentrent dans leur pays avant cette date d'expiration) (104).

Toujours est-il et sans entrer dans ces discussions où les spécialistes eux-mêmes ne se retrouvent pas que l'évaluation du Ministère de l'Intérieur au 1er Janvier 1974 s'élève à 4.043.251 soit 7,7 % de la population totale de la France. (contre 3.775.804 soit 7,1 % en 1973) (43 , 102 , 120).

2 - Origine

Au 1er Janvier 1973, l'origine des étrangers en France se répartissait de la façon suivante :

Europe

716.000 Ressortissants de la C.E.E dont 575.817 Italiens (572.800 en 1974)

608.000 Espagnols (570.600 en 1974)

743.000 Portugais (812.000 en 1974)

76.000 Yougosloves

108.000 Polonais

soit approximativement 60 % de la population étrangère en France.

Maghreb

1.116.382 Ressortissants du Maghreb dont { 798.700 Algériens
218.150 Marocains
110.500 Tunisiens

soit approximativement 30 %.

Afrique Noire Francophone

Entre 70 et 75.000

Maliens	35.000
Sénégalais	20.000
Mauritaniens	15.000
Divers	3.000

En fait leur origine est plus ethnique que nationale.

Sarakollé	80 %
Toucouleurs	10 %
Bambaras	5 %
Peuhls	4 %
Wolofs	1 %

soit approximativement 2 % de la population immigrée.

Le reste se répartit entre les Turcs et les Grecs
soit approximativement 8 %.

A part, car considérés comme Français, les ressortissants des DOM-TOM (surtout Guadeloupe et Martinique) sont évalués à près de 200.000 personnes. (102)

3 - Age

60 % de 18 à 30 ans
34 % de 31 à 45 ans
6 % de plus de 45 ans.

4 - Immigration familiale

L'estimation de l'immigration féminine est plus arbitraire, car la clandestinité est encore plus importante dans ce domaine.

Le Ministère de l'Intérieur chiffre à 908.560 le nombre total d'étrangères en France au 1.1.1973.

Elles représentent donc 24 % de la population étrangère et se répartissent de la façon suivante :

- 75 % sont originaires des pays européens,
- 14 % sont originaires du Maghreb.

Il n'y a pratiquement pas de femmes d'Afrique noire, mais leur nombre augmente progressivement depuis 3 ans. (Actuellement, environ 500 maliennes et sénégalaises dans la région parisienne).

La répartition des femmes n'est donc pas parallèle à celle des hommes.

Les européens paraissent "favorisés" par rapport aux Maghrebins ; cependant depuis l'entrée en vigueur des nouvelles législations, un nouveau visage de l'immigration semble se dessiner aussi pour les Algériens :

Au 31 Décembre 1973

Il y avait 845.689 ressortissants Algériens

dont { 535.282 hommes
{ 83.488 femmes
{ 226.919 enfants

formant 67.000 familles (avec 25.000 nouvelles naissances). (129)

D'autres sources estiment que 265.000 d'entre elles, soit 28,5 % exercent une profession ; ce taux d'activité augmente d'année en année principalement chez les Espagnoles, les Italiennes et les Portuguaises.

Il faut d'autre part noter une forte augmentation pour 3 autres nationalités ; Les Marocaines , Les Tunisiennes et Les Yougoslaves. (74)

On estime d'autre part qu'il y avait en 1973, 860.000 enfants de migrants de moins de 16 ans.

5 - Implantation géographique en France

Douze départements où le taux d'immigrés était supérieur, en 1973, à 12 % : (Seine, Val d'Oise, Yvelines, Essone, Seine et Marne, Rhône, Isère,

Haute-Savoie, Alpes Maritimes, Pyrénées Orientales, Corse, Moselle).

Les départements où ce taux est compris entre 8 % et 12 % sont les suivants : Meurthe et Moselle, Seine Saint Denis, Hauts-de-Seine, Val de Marne, Haut Rhin, Doubs, Ain, Savoie, Var, Bouches du Rhône, Vaucluse, Haute Garonne .

Ainsi les principaux centres d'attractions sont les trois régions suivantes :

- Région parisienne 32 % du total
- Région Rhône-Alpes 10,5 % du total
- Région Provence, Côte d'Azur 12 % du total

et aussi :

- Nord 6,90 %
- Lorraine 6,43 % (128).

Ces différentes données peuvent déjà nous offrir quelques éléments concernant la pathologie rencontrée dans la population étrangère :

1°. La possibilité d'une pathologie d'apport en fonction de l'origine géographique des travailleurs migrants.

2°. Le rapport de masculinité très élevé surtout dans les populations originaires du Maghreb et d'Afrique noire, aura de nombreuses conséquences au niveau du mode de vie : (logement en foyer, problèmes d'alimentation plus aigus, désinsertion socio-culturelle plus brutale, isolement) qui conditionne, comme nous le verrons, une grande part de la pathologie rencontrée.

3°. L'augmentation progressive de l'immigration familiale avec les problèmes plus spécifiques des femmes et des enfants.

4°. La forte concentration de travailleurs étrangers dans certaines régions, qui par l'attitude de rejet qu'elle

peut induire de la part des populations locales, et par les mauvaises conditions de logement qu'elle entraîne, joue un rôle non négligeable dans la génèse d'un certain nombre d'affections psychiatriques et la transmission de maladies infectieuses.

III - CONDITIONS DE VIE ET LEUR ROLE PATHOGENE

1 - Conditions de travail

La population étrangère active atteint près de 2 millions de personnes, ce qui représente environ 10 % de l'ensemble des salariés.

70 % d'entre elles sont employées dans des activités du secteur secondaire, essentiellement bâtiments et travaux publics (40 %), construction automobile et industries de transformation de métaux (20 %).

25 % travaillent dans le secteur tertiaire et seulement 5 % sont employées dans le secteur primaire.

Il existe bien entendu des variations importantes en fonction des origines ethniques.

Les travailleurs étrangers payent un lourd tribut aux accidents du travail et aux maladies professionnelles (73).

Ainsi les statistiques fournies par la Caisse d'Assurance Maladie pour l'année 1970 sont significatives :

- sur 2284 accidents de travail mortels en 1970, 550 sont arrivés à des étrangers,
  soit 25 % alors qu'ils représentent à peine 10 % des travailleurs salariés,

- sur 4025 silicoses dans les mines en 1970, 3839 ont été dépistées chez des émigrés,

- sur 1797 dermatoses professionnelles dans le bâtiment, 1629 ont frappé des étrangers.

Quelques éléments permettent de mieux comprendre cette importante morbidité professionnelle :

1) le très faible niveau de qualification professionnelle :
   - 58 % sont manoeuvres,
   - 32 % sont ouvriers spécialisés,
   - 10 % seulement occupent des emplois qualifiés.
2) le faible niveau d'instruction,
3) la méconnaissance de la langue,
4) une insuffisance de l'apprentissage chez des individus pour la plupart d'origine rurale,
5) l'instabilité professionnelle,
6) l'inadaptation des postes de travail (outils, machines, engins) qui ont été conçus en fonction des caractéristiques anthropométriques des travailleurs français,
7) leur affectation à des postes de travail où la composante physique est importante et auxquels une adaptation correcte dépend de nombreux facteurs (santé, entraînement, constitution, alimentation, sommeil)
8) la faiblesse des moyens mis en oeuvre pour tenter d'éliminer ces différents facteurs pathogènes et l'absence presque totale de prévention.

2 - Les conditions de logement

Nous rappelons ici rapidement et schématiquement quelques données essentielles concernant le mode de logement des travailleurs migrants. (source : Le logement des migrants Paris 1973 Droit et Liberté). (84)

Les différents types d'habitat :

a) Les bidonvilles où habitent 3 % des immigrés ; si les grandes bidonvilles semblent en voie de disparition, il faut noter la multiplication de micro-bidonvilles souvent éphémères,

b) hôtels et maisons meublés où trouve à se loger 9,50 % de la population étrangère,

c) les foyers sauvages qui sont définis comme des " foyers appartenant à une personne physique ou à une association fictive ". Ils fonctionnent sans subvention et ne sont pas soumis à la règlementation des hôtels. Ils sont caractérisés par leur implantation à l'intérieur des grandes villes, des conditions de vie lamentables et leur insalubrité.

Les propriétaires exploitant sans vergogne des pensionnaires qui ont l'impression de payer moins cher.

d) les foyers hôtels qui se différencient des précédents par :

- un niveau de prestation en général plus élevé,
- un mode de financement différent car ils constituent :
  - . un marché de logement aidé,
  - . un marché spécifique aux travailleurs immigrés.

Ils sont en général financés par différents organismes : F.A.S , crédit foncier, crédit H.L.M , pourcentage des employeurs, dotations du Ministère des Affaires Sociales, dons des collectivités locales....

Un certain nombre d'organismes sont spécialisés dans la construction et la gestion de ces foyers ; citons la SONACOTRA, l'AFRP, la SOUNDIATA, la Préfecture de Paris, etc....

Ils offraient approximativement 110 000 lits le 31.12.71. Ce chiffre a augmenté depuis : approximativement 126 000 lits en 1973.

Ils sont d'autre part caractérisés pour certains d'entre eux et spécialement pour les plus récents par :

- l'absence de statut accordé aux " pensionnaires ". Payant un loyer comme tout le monde, le travailleur est assujetti à une surveillance constante de la part des gérants (80 % des directeurs de foyer de la Sonacotra sont d'anciens militaires à la retraite, adjudants chefs pour la plupart).

" D'une façon générale l'on admet que les travailleurs immigrés sont adultes pour travailler, infantiles pour leur hébergement et leur conduite de vie " déclarait le 1er Février 1975 le Professeur GENTILINI au Secrétaire d'Etat venu présider une journée d'étude.

Il faut d'autre part noter que ce caractère coercitif est inscrit dans les structures mêmes de ces foyers :

- ségrégation géographique et rejet à la périphérie des communes,
- règlement intérieur draconien,
- absence de comité de locataires,
- pouvoir du directeur qui peut du jour au lendemain expulser un locataire ce qui contribue à exacerber l'insécurité dans laquelle vit déjà le travailleur.

e) les cités de transit.

La définition officielle : " ensemble d'habitations affectées au logement provisoire des familles dont l'accès en habitat définitif ne peut être envisagé sans une action socio-éducative s'exerçant au premier chef dans cet habitat provisoire ".

Donc son but avoué est d'éduquer socialement des familles ayant habité des bidonvilles rasés pour leur permettre de mieux s"intégrer ensuite à la population des H.L.M.

En 1973, il existait 5 000 logements de ce type dont la moitié était située dans la région parisienne essentiellement dans les Hauts de Seine et la Seine Saint Denis.

Ces différents modes de logements vont avoir un impact sur la santé des travailleurs étrangers :

Des chiffres :

en 1972 :
- les étrangers représentent 6,5 % de la population en France,
- ils représentent 13 % des hospitalisations,
- 30 % sont logés dans des conditions déplorables.

40 % de l'hospitalisation infantile est constituée d'enfants de travailleurs étrangers,
45 % de ces enfants vivent en hôtel ou en chambre unique,
20 % en bidonvilles,
20 % en cité de transit,
15 % en logement restreint.

Les différents modes de logement présentent le plus souvent, une absence d'eau, de sanitaires, de chauffage et d'électricité (avec recours à des installations de fortune), humidité, absence d'aération, présence d'animaux nuisibles, promiscuité, entassement.

IV - SIGNIFICATION ECONOMIQUE DE L'IMMIGRATION

A - SES CAUSES

1) Pour les pays d'accueil, l'immigration répond d'abord à un besoin économique : " Sur nos chantiers, nous avons en effet 80 % d'étrangers. Evidemment si nous employons tant d'étrangers, c'est que dans la pratique nous ne pouvons pas recruter pour les besoins de nos chantiers d'autre main-d'oeuvre " ainsi s'exprime le responsable d'une des plus importantes entreprises françaises de travaux publics (20).

Autre exemple : pour 6 000 offres d'emplois en 1969, les usines Renault ne peuvent trouver que 1 700 candidats français (105).

Plus récemment, la décision gouvernementale de suspendre l'immigration (3 Juillet 1974 - sauf aux ressortissants de la C.E.E.) pouvait sembler liée à la " crise de l'énergie " . " Or elle est intervenue à un moment où l'offre patronale d'emplois pour les étrangers, loin de se réduire, tendait à augmenter légèrement " (11).

Les travailleurs migrants occupent donc des postes délaissés par la population française qui les laisse vacants même en période de chômage. Cette main d'oeuvre est complémentaire et non concurrente de la main-d'oeuvre nationale.

D'autre part, l'immigration a un impact au niveau de la démographie du pays hôte. La natalité des pays occidentaux est en baisse rapide. Si cela se poursuivait la population française tomberait dans 15 ans au-dessous de son taux de renouvellement. Ce phénomène est lié à des causes multiples et complexes et faire appel à une migration de peuplement est un des moyens de corriger la pyramide des âges et d'augmenter le taux de croissance de la population. Cette transfusion de sang nouveau peut se faire de trois manières :

- augmentation par le solde positif des nouvelles entrées sur les départs,
- influence sur la natalité due à une plus forte fécondité de la femme étrangère (15 % des naissances légitimes en France ont pour origine 1 ou 2 parents étrangers),
- appel fourni par les naturalisations (39000 en 1971) (120).

Ainsi certaines années 40 à 50 % de l'accroissement démographique de la France est dû à l'immigration (128).

2) Pour les pays fournisseurs l'émigration joue évidemment un rôle économique en permettant de résorber à court terme un chômage chronique et d'importer des devises plus fortes. Nous ne pouvons malheureusement pas ici approfondir cette question et discuter les différentes causes d'un tel chômage. Mais il est intéressant de noter que certains pays comme l'Algérie considère à l'heure actuelle la permanence du recours à l'émigration comme une " impasse politique grave ". Favoriser l'émigration ne consisterait alors qu'à faire quelques privilégiés sans pour autant résoudre les problèmes structurels de leur économie : " Ecarter la possibilité d'inclure l'émigration dans les calculs et les prévisions économiques, c'est consacrer l'ultime rupture avec les habitudes coloniales " (129).

Ces flux de population répondent-ils à l'attente des gouvernements ?

B - SES CONSEQUENCES

L'analyse d'un rapport du Bureau International du Travail et d'autres documents met en évidence un bilan plus favorable aux pays d'accueil qu'aux pays d'origine (29 , 43 , 46 , 128).

1) Pour les pays-hôtes, les conséquences sont parfois plus profondes encore que ce que nous avons vu plus haut. En effet, un migrant à court terme devient souvent un migrant à long terme. Cette augmentation de la durée du séjour est due à l'accroissement de l'immigration familiale et au désir d'assimilation d'un nombre non négligeable d'entre eux. Tout en répondant à une demande de main d'oeuvre, la migration a un effet au niveau de l'infrastructure en suscitant de nouveaux emplois par ses besoins (services, logement (?)...) Elle assure aussi une marche correcte de l'économie et un taux de croissance élevé tout en faisant preuve d'une grande flexibilité. D'autre part, les transferts de fonds peuvent avoir un effet déflationniste (bien que l'argent revienne sous la forme de commandes de produits manufacturés). Elle permet enfin une promotion des Français à des postes plus qualifiés sans risques de vacances au niveau des postes inférieurs.

2) Pour les pays d'origine :

- l'émigration introduit certes une détente sur le marché du travail en atténuant le chômage, mais ce sont souvent les travailleurs les plus qualifiés qui s'exilent, ceux dont dépend parfois l'emploi des autres,

- les devises envoyées sont souvent utilisées pour acquérir des biens d'importation. Ce ne sont donc pas des investissements productifs pour le pays.

- ceux qui rentrent n'ont pas acquis pour la plupart de qualification utilisable dans leur pays et encore faudrait-il qu'ils acceptent de travailler dans l'industrie (un grand nombre préfère être employé dans le secteur tertiaire).

Ce bilan s'avère donc bien plus intéressant pour les pays d'accueil que pour les pays fournisseurs.

Un tel chapitre aurait également besoin d'être développé mais cette situation devrait faire obligation aux pays-hôtes d'améliorer l'accueil qu'ils réservent aux travailleurs migrants.

oOo

CHAPITRE II - LA PATHOLOGIE DES TRAVAILLEURS IMMIGRES

Avant d'aborder les problèmes posés par l'éducation sanitaire, il est important de préciser ce qu'elle veut prévenir. Ce qui concerne la pathologie des migrants fait depuis quelques années l'objet d'une abondante littérature. Nous n'avons pas l'intention de répéter ici ce qui a déjà été fort bien dit autre part. Cependant, pour bien situer le problème nous tenterons d'extraire de cette masse d'information les éléments qui nous semblent les plus importants.

Cette pathologie a été bien systématisée par le Professeur Gentilini et son équipe (57 , 61 , 63 , 37 , 65 , 50).

Des articles généraux ont également paru dans un certain nombre de publications (7, 10, 17, 98, 28 , 113), mais actuellement la santé du migrant est le plus souvent abordée en différenciant comme le Professeur Gentilini l'a fait le premier :

- une pathologie d'apport,
- une pathologie d'acquisition,
- une pathologie d'adaptation,

puis nous verrons ce qui concerne plus spécialement la femme et l'enfant immigrés.

I - PATHOLOGIE D'APPORT

Il s'agit essentiellement des parasitoses et des maladies tropicales non parasitaires importés par les Antillais et les Africains de l'Ouest.

A. Maladies parasitaires

1° Helminthiases (52)

. Il s'agit surtout de la bilharziose urinaire à S. haematobium qui toucherait près de 50 % des Toucouleurs et des Sarakollés et dont les caractéristiques radiologiques ont été bien étudiées (101). Par contre 22 % des malades originaires des DOM présentereient une bilharziose intestinale à S. Mansoni.

. Il faut aussi noter que la plupart des hydatidoses découvertes en France le sont chez les Maghrebins.

. Les Nématodoses posent moins de problèmes car moins invalidantes et de traitement plus facile ; elles sont surtout retrouvées chez les Antillais dont les selles présentent fréquemment des oeufs d'ankylostomes, des larves d'anguillules et des oeufs de schistosomes.

. Les Teniases peuvent se voir mais il n'est pas facile de déterminer celles qui sont d'importation et celles qui sont d'acquisition.

. Enfin, les filarioses sont rares. Pratiquement, seule la dracunculose peut se voir la première année de séjour en France d'un Africain de l'Ouest.

2° Les Protozooses

- les protozooses sanguines :

. le paludisme clinique n'existe pratiquement pas chez l'Africain noir adulte car celui-ci a acquis un certain degré d'immunité vis-à-vis de cette maladie ; il risque par contre de perdre cette immunité s'il séjourne plus de 2 ans en France.

Il en est de même pour le Maghrebin où l'on n'observe que des accès de revivescence schizogonique à Plasmodium vivax.

Il n'existe pas de paludisme chez les Antillais ni chez les Réunionnais.

. les trypanosomiases sont rares : (92)

- 2 cas sur 5 000 dossiers dans le service du Professeur Gentilini,
- 2 cas à Nancy (81)
- 2 cas à Bordeaux (93).

- les protozooses intestinales :

. il existe surtout des porteurs d'Entamoeba Histolytica rarement des dysenteries aiguës ou d'amibiase hépatique (53),

. une lambliase est parfois associée à l'amibiase.

B. Pathologie tropicale non parasitaire

1° La lèpre

Cette maladie a suscité de nombreux travaux à cause de son risque éventuel de contagion. Elle concernerait 1 % des travailleurs africains transplantés. Les Antillais représentent 15 % de l'ensemble des lépreux détectés. Il faut ici rappeler que seules les formes lépromateuses et les formes dites Border-lines sont contagieuses. Les formes tuberculoïdes cutanéo-nerveuses ne présentent pas de danger pour l'entourage. Or, ce sont ces dernières qui sont le plus souvent retrouvées (60 % dans le service du Professeur Gentilini). Elles autorisent un traitement ambulatoire et n'imposent pas l'arrêt des activités du malade. (38, 71, 82, 88, 89, 91).

2° Les mycoses

- les mycoses superficielles sont très fréquentes,
- les mycoses sous-cutanées et principalement les mycetomes bien que rares ont fait l'objet de plusieurs publications (45, 51, 59)
- les mycoses profondes sont exceptionnelles.

3° Les tréponématoses

40 à 45 % des Africains de l'Ouest travaillant en France et 15 % des Antillais ont un BW positif. Cette positivité peut être due à une syphilis vénérienne récente mais aussi à un pian ou à un béjel (syphilis endémique). Ainsi 70 % des riverains du fleuve Sénégal ont une sérologie positive. Il est donc difficile de savoir s'il faut l'attribuer à une tréponématose de l'enfance ou à un contact récent. Il semblerait toutefois que l'association d'une réaction

de floculation de kline positive à une immunofluorescence positive est en faveur d'une syphilis vénérienne (64 , 94).

Mais cette pathologie vénérienne n'est-elle pas plus une pathologie d'acquisition qu'une maladie importée ?

4° Des salmonelloses ont également pu être importées (126).

5° sur le plan hématologique

d'abord les hémoglobinopathies :

- surtout drépanocytose héterozygote chez 18,5 % des Africains de l'Ouest et chez 9 % des Antillais (49, 60),
- et thalassémie surtout chez les Nord-Africains (1,5 % à 24 % de porteurs de tare),

et le déficit en G 6 P D fréquent dans la race noire et au Maghreb. Il devrait rendre prudent dans le maniement de certains médicaments.

6° au point de vue ophtalmologique, on note essentiellement des séquelles de trachome chez des travailleurs maghrebins (78).

De tout cela il ressort que ces affections parasitaires ne représentent pas de danger pour la collectivité hôte car non-transmissibles dans nos régions. Elles ne devraient pas avoir non plus d'influence sur les décisions d'embauche. Et si certaines affections non parasitaires peuvent avoir un certain degré de contagion, un dépistage précoce et un contrôle médical systématique du primo-migrant permettront d'éviter toute dissémination.

II - PATHOLOGIE D'ACQUISITION

A. D'abord et surtout la tuberculose (24, 25, 26, 30, 35, 39, 30, 41, 58).

De nombreuses enquêtes ont montré que le risque tuberculeux est de 4 à 6 fois plus élevé pour les Maghrebins que pour les Français et 20 à 30 fois plus élevé pour les Africains noirs.

La tuberculose apparaît comme une maladie de la transplantation dont nous avons déjà vu un certain nombre de facteurs favorisants.

La tuberculose de l'Africain noir, le plus touché, présente un certain nombre de caractéristiques :

1 - c'est une tuberculose de réinfestation : 80 à 90 % des ressortissants d'Afrique de l'Ouest ont des réactions tuberculiniques positives à leur arrivée en France.

2 - elle survient entre le 6ème et le 18ème mois du séjour en France.

3 - le début est souvent explosif.

4 - il s'agit en général de tuberculose ganglionnaire médiastinale (21, 23, 27).

5 - il faut noter la relative fréquence des tuberculoses ostéo-articulaires (108) et du mal de Pott (44, 100).

Pour les Maghrebins, la localisation pulmonaire est la plus fréquente (19, 124, 125).

Les différentes formes peuvent pour la plupart bénéficier de l'évolution thérapeutique de ces dernières années et ne pas entraîner d'arrêt de travail trop prolongé.

C'est au sujet d'une affection comme celle-ci qu'une véritable politique de prévention bien coordonnée devrait trouver son plein effet :

- dépistage avant le départ ou systématique à l'arrivée en France,

- surveillance rapprochée pendant les 18 premiers mois, puis plus souple ensuite,
- vaccination par le B C G obligatoire pour tous les migrants anergiques,
- traitement ambulatoire bien conduit,
- carnet de santé,
- éducation sanitaire permettant :
  - . de dédramatiser la maladie et son traitement,
  - . un dépistage précoce (car meilleure connaissance des premiers symptômes - dépistage radiologique mieux accepté),
  - . de diminuer l'incidence de la tuberculose en révélant les facteurs pathogènes,
- et comme nous l'avons déjà dit : lutte pour l'amélioration des conditions de vie.

B. Les autres maladies d'acquisition pour être plus banales n'en sont pas moins fréquentes :

1° Douleurs de l'hypochondre droit (127) ou apparition d'ulcères gastro-duodénaux (114) dus à une alimentation inadaptée et à des perturbations psychologiques.

2° Les maladies vénériennes qui restent un problème grave.

3° La toxoplasmose menaçant surtout la femme immigrée enceinte (95)

III - PATHOLOGIE D'ADAPTATION

Il s'agit essentiellement des aspects psycho-pathologiques de la transplantation et des accidents du travail.

A. Aspects psycho-pathologiques

Ces troubles psychiques ne peuvent être compris qu'en fonction du cadre psycho-social où évolue le migrant.

Z. de Almeida (1, 2, 3, 4, 5) qui a été l'un des premiers à aborder sérieusement ce problème note le caractère dynamique de l'insertion du migrant.

Cette insertion se fait en trois étapes : adaptation, intégration, assimilation avec tous les remaniements successifs de la personnalité que cela implique. Almeida distingue ensuite deux types de troubles ;

- une psychopathologie d'importation sans grande particularité,
- une psychopathologie de la transplantation où l'on observe :
  - . des psychoses aiguës réactionnelles qui s'extériorisent la plus souvent sous la forme de délires de persécution,
  - . des réactions névrotiques polymorphes où prédominent les formes dépressives par rapport aux formes obsessionnelles,
  - . des dépressions réactionnelles,
  - . des syndromes de dépersonnalisation,
  - . des sinistroses.

La morbidité psychiatrique des migrants dépasserait deux à trois fois celle des Français mais comme l'écrit de Almeida : " S'il n'existait pas d'entraves relatives à l'insertion sociale, l'on pourrait affirmer que la surmorbidité initiale des groupes de transplantés tendrait à décroître avec le temps jusqu'à rejoindre le taux moyen d'incidence psychopathologique de la population générale ". Ainsi la meilleure prophylaxie serait de favoriser l'insertion sociale des migrants dans la société française. On voit que le problème est loin d'être seulement médical.

Une abondante littérature a été consacrée à ce sujet. Nous nous contenterons de signaler les bibliographies de Amzallag (9) et de Crépon (42) et les dossiers publiés par le Comité Médical et médico-social d'Aide aux Migrants.

Un aspect particulier concerne la délinquance (72) et la criminalité (110, 111, 112).

Malgré la propagande intensive dont jouit le moindre délit dû à un migrant, délinquance et criminalité ne sont pas plus fréquentes en milieu migrant qu'en milieu français ; par contre les peines encourues par un migrant pour un délit donné sont en général plus sévères.

B. Les accidents du travail

Nous en avons déjà parlé. Ils représentent une part importante de la pathologie du migrant et peuvent être de plus à l'origine d'un certain nombre de troubles psychiques (sinistroses). Les études les plus récentes mettent en évidence la persistance de cette pathologie (13, 87, 131), alors qu'il s'agit d'un domaine où la prévention et l'information devraient pouvoir jouer à plein.

IV - PROBLEMES PEDIATRIQUES

Les statistiques révèlent un pourcentage très élevé d'hospitalisation dans la population d'enfants de migrants. (40 % d'enfants étrangers dans les services de pédiâtrie de certains hôpitaux de la banlieue parisienne en 1971) (96, 99, 106).

La pathologie présentée par cette population n'a rien de spécifique par rapport à celle des enfants français mais elle frappe par sa fréquence et sa gravité inhabituelles. Il faut surtout noter ici l'importance :

- du rachitisme qui frapperait 20 % des enfants Maghrebins ou de race noire (12, 31, 55),
- de la tuberculose dont la fréquence diminue depuis la pratique systématique du B C G mais qui reste encore un problème grave (30 % des sujets en préventorium sont des enfants des travailleurs migrants) (116, 123, 132),
- des affections respiratoires courantes souvent graves,
- d'une sous-alimentation relative mais chronique,

A l'origine de ces problèmes, il faut noter l'étroite corrélation existant entre les conditions socio-économiques que nous avons déjà vues et les traditions auxquelles ces femmes ne peuvent cesser de se référer sans renoncer par là même à leur identité culturelle (18, 97). D'autre part on ne peut les dissocier de la relation que ces femmes entretiennent avec leur progéniture. Aussi il n'est pas possible d'ébaucher de solution sans s'être laissé imprégner de ces cultures.

Sur le plan strictement pathologique, on rencontre un grand nombre de difficultés obstétricales (9, 75, 107).

Ces études mettent en évidence l'importance d'une prévention efficace : surveillance effective des grossesses, aide sociale, etc....

L'évolution des attitudes des femmes nord-africaines concernant la limitation des naissances a été abordée de façon exhaustive - mais en anglais - par A. Michel (90).

Les problèmes posés par l'insertion de jeunes filles immigrées ont été étudiés dans le cadre d'un bidonville de Marseille (76) mais ceux relatifs aux activités professionnelles de ces femmes restent encore un terrain d'exploration.

Il faut enfin noter le film réalisé par l'O F R A T E M concernant les difficultés des immigrées.

Nous parlerons au chapitre suivant des expériences d'éducation sanitaire déjà réalisées.

Cette revue de la pathologie présentée par le migrant nous montre qu'il existe un certain nombre de problèmes majeurs à savoir la tuberculose, les accidents du travail, les troubles psychiatriques, la protection maternelle et infantile et à un degré moindre, les maladies vénériennes et la bilharziose.

La plupart de ces troubles seraient sensibles à une éducation sanitaire bien comprise. Or qu'en est-il ?

oOo

CHAPITRE III - LES EXPERIENCES D'EDUCATION SANITAIRE DEJA REALISEES

Nous voudrions ici faire le point des différentes tentatives d'éducation sanitaire destinées aux migrants. Nous avons cherché à savoir quelles sont les différentes méthodes utilisées au niveau des cours d'alphabétisation, sur les lieux de travail, celles qui sont plus spécialement destinées aux femmes immigrés et enfin celles qui sont utilisées au niveau des foyers.

I - COURS D'ALPHABETISATION

Un enquête lancée par le Docteur Brière concernant neuf associations et l'étude des méthodes employées par d'autres groupes ont montré que le problème de l'information médico-sociale n'était pas parmi les principales préoccupations des responsables de ces associations.

Deux d'entre elles seulement, le CLAP et Accueil et Promotion, ont élaboré des leçons sur la tuberculose illustrées par une icônographie simple mais suggestive.

Les leçons du CLAP (élaborées en collaboration avec le groupe " Alphabétisation et éducation sanitaire " du CMMSAM) : la première leçon décrit les premiers symptômes qui doivent motiver une consultation rapide.

La seconde montre ce qu'il se passe au cours d'une consultation (auscultation, radiographie, prélèvement de crachats, lecture de la radio, recherche de B.K. dans les crachats) puis le rédacteur de ce texte explique l'intérêt du dépistage radiologique systématique :

> " Heureusement, le camion radio est venu au foyer à la demande des anciens du foyer ".

" Le médecin m'a dit que je resterai peu de temps à l'hôpital car je suis venu au début de la maladie ".

La troisième leçon décrit ensuite les activités d'un malade hospitalisé : " Il se repose, il prend ses médicaments, il écrit à ses amis ".

Enfin la quatrième leçon intitulée " Guérir en travaillant " explique qu'il est maintenant possible de guérir de la tuberculose en restant chez soi si l'on respecte un certain nombre de conditions.

Il existe, en outre, un passage consacré à l'alimentation qui se termine par une citation de J. de Castro : " Il n'y a pas de races inférieures, il n'y a que des races affamées qui retrouvent avec une bonne nourriture des forces égales aux autres ".

Nous n'avons aucun élément nous permettant de juger l'efficacité d'une telle méthode. Mais elle a déjà le mérite d'exister ; de plus, en ce qui concerne le sujet étudié, les points les plus importants sont abordés. Cependant deux points ne sont pas rappelés ici : le rôle des facteurs favorisants et les problèmes de la contamination.

ACCUEIL ET PROMOTION a publié en 1971, sous la signature du M. Ruel (115), une plaquette à l'usage des moniteurs intitulée " Pour une éducation sanitaire avec les travailleurs migrants ". Elle propose six cours " où la discussion prend la plus grande place et où l'apprentissage de la lecture et de l'écriture est secondaire ". Ces cours concernent - la Respiration et la Circulation - l'Alimentation et le Tube digestif - les Vaccinations - la Visite du médecin - la Tuberculose - les Organes Génitaux.

Il y a, de plus, plusieurs textes (Circulation - Respiration - Paludisme - Sang et circulation - Microbes - Vaccinations-) illustrés par des croquis ou des tableaux de feutrine, qui sont utilisés en fonction du niveau des élèves.

Ces cours ont une valeur pédagogique réelle et ont été élaborés pour qu'un véritable échange culturel puisse se faire sans qu'il y ait " celui qui sait face à celui qui ne sait pas ".

Trois autres associations ont répondu qu'elles insèrent des éléments d'éducation sanitaire au cours de leur enseignement mais de façon non formelle :

- Il s'agit de l'Association du centre de préformation de Marseille 'ACPM) : " Dans nos cours d'initiation à la vie moderne sont évoquées des notions de connaissance du corps humain et d'hygiène générale ".
- L'Institut de recherche et d'application pour une méthodologie de la promotion (IRAP) qui, à partir de situations précises évoquent des problèmes d'hygiène, de soins et d'hospitalisation.
- L'Amicale pour l'enseignement des étrangers (AEE) qui couvre une importante partie de la " clientèle " parisienne qui écrit : " Les méthodes que nous utilisons ne comportent pas de volets sur ce problème mais dans les cours certaines leçons peuvent s'y prêter et il nous arrive fréquemment d'introduire une formation sanitaire dans notre programme ".

Enfin, cinq autres associations, soit regrettent cette lacune et désirent collaborer avec un organisme compétent, soit ne semblent pas accorder à cette forme d'éducation beaucoup d'importance.

Il faut noter cependant les initiatives individuelles de certains moniteurs ou de quelques groupes d'alphabétisation n'appartenant pas à ces " centrales " d'enseignement. Ainsi une équipe du XIIème arrondissement de Paris a réalisé un montage de six diapositives, également sur la tuberculose, qui définit le microbe, le mode d'action, très simplifié, de l'antibiothérapie et montre par là même l'importance d'un traitement bien conduit.

Néanmoins, les cours d'alphabétisation semblaient de prime abord être un terrain d'élection pour ce type d'information mais la réalité est autre. D'autre part, la faible proportion des migrants participant à ces cours limitent la portée et l'efficacité de cette formation. Cette dernière a pour but certes de participer à la modification de certaines structures, mais aussi de modifier un certain nombre de conduites. Or, un groupe modifie ses conduites plus facilement qu'un individu qui reste soumis aux normes de la société dans laquelle il est inséré. Ainsi, une information médicale n'aura d'effets que si elle est collective ou s'adresse à ceux qui, à l'intérieur du groupe, sont dépositaires des normes sociales, juges des conduites et centres

de références. Or, ceux-ci ne sont pas en général les plus assidus aux cours d'alphabétisation.

Il existe un type particulier d'alphabétisation : l'alphabétisation à l'hôpital. Le point en a été fait par la responsable de la section " Alphabétisation dans les hôpitaux " du CMMSAM (22). L'hôpital apparaît ici comme un lieu privilégié pour aborder, à partir de situations concrètes, les problèmes de santé. Ces cours ont lieu dans neuf établissements (Pitié - Cochin - Laënnec - Saint Joseph - Saint Louis - Henri Mondor - Saint Maurice - Etablissement National de Bienfaisance - Hôpital intercommunal de Villeneuve Saint Georges). Ils utilisent la méthode du CLAP - sauf à Saint Maurice où sont implantés les moniteurs de l'AEE. En plus de l'apprentissage de la lecture-écriture et de l'information médicale, ce type d'action a sans aucun doute un effet thérapeutique bénéfique en établissant des contacts humains plus chaleureux entre moniteur et participant. Mais, là encore, l'éducation sanitaire ne s'adresse qu'à une minorité de migrants, qui, une fois retournés chez eux ne pourront pas forcément vivre ce qu'ils ont appris.

II - SUR LES LIEUX DE TRAVAIL

Dans ce cadre, la principale prévention est celle des accidents de travail :

A - Le principal organisme français chargé d'élaborer et de présenter cette information est l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). Il dépend de la Sécurité Sociale et doit " contribuer sur le plan technique... à l'amélioration de la sécurité et de l'hygiène du travail ainsi qu'à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ".

Il dispose de moyens conséquents et organise des réunions de spécialistes et des stages de formation, il édite des monographies, des revues (Travail et Sécurité - Cahiers de notes documentaires - Risques du métier - Bulletin de documentation INRS) et surtout il distribue des notices de sécurité, des affiches et des films destinés à l'enseignement de la sécurité.

Il s'agit soit de films vrais (durée : 15 à 30 minutes), soit de montages photographiques abordant un certain nombre de thèmes classés sous trois rubriques :

1° Problèmes généraux : Généralités, Organisation de la prévention, Enseignement.

2° Risques et problèmes communs : Levage et Manutention - Incendies et explosions - Electricité - Machines et installation - Protection individuelle - Ambiance et lieux de travail, etc....

3° Risques particuliers concernant la Métallurgie, le Bâtiment et les Travaux Publics, les Carrières, l'Industrie du Bois et la Transformation de matières plastiques.

Les affiches abordent les mêmes thèmes.

Toutes les entreprises ressortissant au régime de la Sécurité Sociale ou les établissements d'enseignement le désirant peuvent se procurer ces affiches et ces films à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie. De toutes façons, les autres entreprises peuvent s'adresser directement à l'INRS.

Ces méthodes devraient donc être largement divulguées ; or, il semble que l'influence de cet institut soit encore peu développée. D'autre part, affiches et films sont accompagnés de commentaires en français. Il est vrai que des commentaires en arabe n'atteindraient qu'une minorité des travailleurs Maghrebins car peu d'entre eux lisent cette langue. Il faut cependant noter la clarté de certaines affiches qui peuvent ainsi se passer aisément de tout commentaires.

Enfin l'INRS a publié récemment une dépliant intitulé "Ordre d'urgence pour la sécurité des travailleurs étrangers ". Rédigé en Yougoslave, portugais et français il comporte une cinquantaine de mots et expressions (du type "Attention, Sauve-toi" etc...) dont l'acquisition par les travailleurs étrangers a paru indispensable.

B - La fédération du bâtiment et Renault ont également introduit des éléments de prévention destinés aux immigrés travaillant dans leurs usines.

C - La Médecine du travail

Celle-ci devrait jouer un rôle non négligeable en participant au dépistage de la tuberculose (examen d'embauchage - examen périodique - visite de reprise) et en établissant une surveillance régulière. Mais son rôle éducatif nous paraît limité. Dans le Précis de médecine du travail du Professeur Desoille (48) on peut lire (dans le chapitre concernant les travailleurs migrants) : " Cette surveillance médicale doit être complétée par une action d'éducation sur la plan de la santé, du travail et de l'alimentation. Les services infirmiers et sociaux des entreprises peuvent apporter au médecin du travail un concours important, surtout dans le cas où les travailleurs étrangers sont logés par les soins de l'entreprise sur place ou à proximité. Il est alors possible d'envisager des actions médico-sociales relativement complètes (...) Le plus souvent toutefois, c'est en liaison avec les services sociaux et sanitaires hors de l'entreprise (...) que devra s'exercer la protection médico-sociale des travailleurs étrangers, du fait qu'ils échappent à l'entreprise en dehors de leurs heures de travail ".

Ce qui ne fait que repousser le problème.

III - EDUCATION SANITAIRE FEMININE

Un certain nombre d'organismes se sont efforcés d'atteindre les femmes migrantes là où elles se réunissent pour les aider à adapter leur mode de vie traditionnel aux nouvelles conditions dans lesquelles elles se trouvent et à promouvoir une éducation sanitaire efficace. (Puériculture - Contraception essentiellement).

A. Puériculture

Il nous faut d'abord parler des expériences réalisées par la Caisse primaire d'Assurance Maladie de la Région Parisienne sous la responsabilité des Docteurs Hazemann et Seror (69, 70). (en relation avec le Comité Français d'éducation pour la santé).

Ils ont tenté de rendre abordable par les femmes migrantes l'éducation sanitaire dispensée aux mères dans les centres de P.M.I. Pour cela ils ont fait appel à différentes méthodes :

D'abord à un niveau collectif, ils ont adjoint une traductrice à certaines éducatrices pendant leurs séances d'enseignement dans les centres ; mais ce type d'action a été remis en cause pour des raisons financières et de recrutement,

Ils ont établi un système de traduction phonétique ; il s'agit de questionnaires traduits phonétiquement et utilisés par le médecin ; cela a été un échec total car les mères n'y comprenaient rien.

Par contre des traductrices originaires des pays intéressés ont enregistré des mini-cassettes qui sont utilisées sous deux formes :

- pour interroger les mères en demandant de répondre par oui ou par non aux questions posées ; cette méthode permet la constitution de dossiers médicaux plus complets mais manque de souplesse. Des enregistrements de ce type ont été réalisés en portugais, en arabe, en espagnol et en yougoslave,
- pour accompagner les films fixes ; il existe des enregistrements en portugais et en arabe.

" Ces films traitent les thèmes suivants :

- Risques liés aux erreurs d'une diététique mal appropriée ou mal réalisée (films sur l'allaitement, la préparation des biberons, le sevrage...)

- Risques liés aux maladies infectieuses et leur prévention par les vaccinations,

- Risques liés aux accidents qui peuvent menacer les enfants aux différents âges,

- Risques liés aux inadaptations du jeune enfant ".

Cette information débouche toujours sur des conduites pratiques qui permettent de prévenir le risque. Elle se fait essentiellement dans les centres de P.M.I et dans les maternités.

Les responsables de la CRAMP voudraient également développer l'éducation individuelle. Mais le manque de personnel met un frein à l'extension d'une telle méthode.

Cette éducation individuelle dispensée à domicile par les puéricultrices s'exerce à différents niveaux :

- d'abord, visite systématique dès le retour de la maternité dont le principal but est de sensibiliser les mères à une surveillance médicale régulière,

- enseignement pratique des soins d'hygiène et de diététique correcte en fonction des moyens dont dispose la mère,

- formation des mères à l'observation efficace de leur enfant et au respect du calendrier des vaccinations.

Des assistantes sociales participent également de façon active et efficace à ce type d'éducation.

Dans le même genre d'action, il faut noter d'autres initiatives intéressantes :

- celle de la CETRAFA qui a créé un centre médico-social avec consultation de P.M.I dans la cité de transit de Gennevilliers,

- celle qui a été réalisée dans les Bouches du Rhône avec des équipes mobiles d'action médico-sociale qui visitent à bord d'un camion sanitaire les populations migrantes sur leur lieu d'implantation.

- les consultations réservées aux familles étrangères dans certains centres hospitaliers comme celles qui ont lieu à l'hôpital Necker dans le service du Professeur Mande pour les enfants portugais (Docteur Strauss).

Enfin le Docteur Guégen qui a mené une enquête sur l'alimentation des enfants portugais à partir d'une consultation de P.M.I à Ivry-Sur-Seine et de consultation de Necker a déterminé un certain nombre de conditions pour qu'une telle éducation soit efficace (67) :

- d'abord, nécessité d'approfondir la " sous-culture " des étrangers auxquels s'adresse cette éducation (" sous-culture désignant la façon dont est vécue en France la culture d'origine "). Donc nécessité " d'enquêtes portant sur les comportements et les croyances visées par cette éducation : hygiène, alimentation, place et rôle de la maladie, traitements traditionnels ". Un tel travail a été réalisé par Ch. Pain pour les femmes africaines (97).

-"ce type d'éducation est d'autant plus efficace qu'il se fait à l'occasion et par l'intermédiaire d'un lien personnel entre la mère et un tiers ".

- toujours associer à l'action individuelle une action collective car " la source principale des résistances au changement est due à la crainte de s'écarter des normes du groupe et qu'il est plus facile de changer les habitudes d'un groupe que celles d'un individu pris isolément ".

- nécessité de s'adresser aux femmes migrantes dans leur langue d'origine.

Ces notions nous semblent importantes et nous aurons l'occasion d'y revenir dans le chapitre suivant.

B. Planning

Il s'agit essentiellement des cours assurés par deux associations, l'ASSOFAC et le SSFNA qui travaillent en relation avec le Planning familial et le Comité Français d'éducation pour la Santé (119).

La programme des cours aborde les sujets suivants :

- anatomie générale,
- anatomie et physiologie des organes génitaux,
- information sur la contraception et orientation des femmes vers les organismes compétents.

Le matériel utilisé est le suivant :

- deux flanellogrammes,
- une série de diapositives réalisée par l'APE de Valenciennes,
- un film distribué par la CRAMP intitulé " Les premiers jours de la vie ",
- un certain nombre de livres.

Ces associations montrent également l'importance des problèmes de transmission linguistique ; elles ont ainsi élaboré une liste de mots clé arabes transcrits en phonétique.

Elles insistent d'autre part sur la valeur pédagogique et culturelle de cette recherche linguistique.

Autant les expériences d'éducation sanitaire destinées aux femmes migrantes (et encore nous passons sous silence beaucoup d'initiatives isolées) peuvent paraître riches, autant celles qui concernent les travailleurs migrants vivant en foyer sont à peine ébauchées.

IV - EDUCATION SANITAIRE DANS LES FOYERS DE TRAVAILLEURS MIGRANTS

Nous ne reparlerons pas ici du rôle que jouent les groupes d'alphabétisation. Et pourtant en dehors de ces expériences le recensement des méthodes d'éducation sanitaire élaborées et utilisées est vite fait.

1) Ainsi il existe un jeu de 16 diapositives réalisées par la caisse régionale d'assurance maladie de Paris, dont " le but essentiel est d'appuyer les interventions du service éducation sanitaire dans les foyers de travailleurs migrants notamment lors de la préparation de séances de radio-dépistage systématique ". Nous n'avons pas assisté à leur utilisation dans les foyers et nous n'en avons pas entendu parler dans les foyers que nous connaissons. Aussi nous ne pouvons en juger que l'aspect formel pour les avoir visualisées: elles nous paraissent inadaptées à une information de masse car elles se réfèrent exclusivement au modèle français, les photos sont surchargées de texte ce qui manque d'intérêt pour un public non alphabétisé.

2) Le Ministère du Travail a réalisé une série de 18 montages audio-visuels selon la méthode F.A.V.A intitulé " Hygiène et Santé ". Cet ensemble a été financé par le F.A.S et réalisé avec l'aide d'un certain nombre d'associations. Il présente une méthodologie très élaborée et une série de 18 thèmes intéressants.

Mais son utilisation est actuellement très limitée et est réservée aux primo-migrants, toutefois elle doit être prochainement étendue aux habitants des foyers.

De toutes façons, le mode d'application n'en permet pas une utilisation très souple. (" par groupe de 10 personnes en salle claire avec discussion de groupe ou en caravane équipée du procédé FAVA ").

3) Réalisations en cours : Montages sur la tuberculose et le diabète élaborés par la CIMADE en collaboration avec le Comité Médical et médico-social d'aide aus migrants.

4) Enfin les séries de diapositives réalisées par Carmes (32). Elles abordent les problèmes suivants : Tuberculose, Maladies vénériennes, Dracunculose, Bilharziose, Nématodoses). Ce sont ces montages que nous avons utilisés et expérimentés dans plusieurs foyers d'africains noirs à Paris. Nous les présenterons en détail au chapitre suivant.

CONCLUSION

Ainsi le bilan paraît peu favorable. A son actif le dynamisme de certains groupes d'alphabétisation et l'éducation menée auprès de femmes immigrées par quelques associations.

A son passif, la pauvreté de l'information sur les lieux de travail et au niveau des foyers. Si, dans ce cadre, les méthodes de prévention et les velléités d'éducation sanitaire ne sont pas absolument absentes, elles frappent cependant par leur caractère sporadique et ponctuel, par l'incoordination des différentes initiatives. Seul un petit nombre de ces associations a valablement structuré une action à la base là où se trouvent les principaux intéressés, en élaborant une méthode d'éducation sanitaire en collaboration avec les éléments conscientisés de ces populations.

oOo

CHAPITRE IV - EXPERIMENTATION D'UNE METHODE AUDIO-VISUELLE D'EDUCATION SANITAIRE DANS TROIS FOYERS D'AFRICAINS NOIRS DU XIXème ARRONDISSEMENT DE PARIS.

INTRODUCTION

Dans les chapitres précédents, nous avons étudié les représentations de l'immigration que nous pouvions avoir de l'extérieur. Comment vivent les migrants - à partir de statistiques officielles ou de l'expérience d'associations à vocation particulière -

Quelle pathologie présentent-ils - à partir d'études pour la plupart hospitalières -

Quelles sont les méthodes d'éducation sanitaire utilisées - à partir de documents publiés par les organismes compétents -.

Nous voudrions maintenant, à partir d'une expérience - certes très limitée - , étudier de l'intérieur un certain nombre de problèmes.

Ces études nous permettront progressivement d'élaborer et de mettre au point une méthode d'information médico-sociale et d'éducation sanitaire où les intéressés seront partie prenante.

Nous avons essayé de porter un regard autre qu'hospitalier sur le migrant malade. Nous avons tenté de définir ce que représente pour lui la maladie, à partir de quel seuil il se dit malade et essaye de remédier à ses troubles, quelle filière il suit avant d'échouer éventuellement à l'hôpital, quelle est la force du groupe dans lequel il est inséré, quelles solutions donne-t-il spontanément à ses problèmes.

C'est au cours de l'expérimentation de montages photographiques réalisés par Carmes que nous pourrons aborder ces questions tout en essayant de voir comment il est possible d'insérer une telle méthode au sein d'un processus préventif plus vaste et quels sont les aménagements à apporter à la présentation et à l'utilisation de cette méthode pour qu'elle ait son maximum d'impact.

Ainsi nous décrirons rapidement ces montages et dirons quels furent les principes d'utilisation retenus au départ, puis nous envisagerons les difficultés rencontrées au cours de cette expérience et nous relaterons ensuite la façon dont se sont déroulées les réunions en détaillant plus celles qui ont concerné la tuberculose et nous montrerons les modifications que nous avons été amenés à faire.

Enfin, nous nous permettrons de faire un certain nombre de propositions concernant l'éducation sanitaire dans les foyers.

I - PRESENTATION DE LA METHODE UTILISEE

A - Le support visuel

Nous avons utilisé les séries de diapositives réalisées en 1974 par Carmes avec le Professeur Gentilini.

Il en existe cinq traitant de la Tuberculose, de la Bilharziose, de la Dracunculose, des Maladies Vénériennes et des Nématodoses intestinales. Les trois premières ont été conçues pour des travailleurs de l'Afrique Occidentale, les maladies vénériennes pour des travailleurs maghrebins et les nématodoses pour les ressortissants des DOM-TOM. Nous les avons toutes expérimentées sauf la dernière beaucoup plus spécifique des travailleurs antillais.

Ces montages sont constitués de croquis souvent très clairs faisant appel à l'art traditionnel et de photos de paysages ou de personnages en situation.

Chaque diapositive est accompagnée d'un texte, celui-ci étant secondaire et laissant à l'image tout son pouvoir.

Nous décrirons en détail chaque série avant de rapporter l'expérimentation elle-même. Cependant, nous ne recopierons pas la thèse du Docteur Carmes et nous pensons qu'il serait utile d'aborder le texte et les modifications que nous proposons après avoir pris connaissance du texte et des photos d'origine.

B - Principes d'utilisation

Carmes écrivait : " Le but principal de toute éducation sanitaire est de faire prendre conscience aux individus de leur responsabilité personnelle et collective en matière de santé " et plus loin " Comment espérer parvenir à modifier les comportements sans déculturaliser " (32) , ce à quoi nous souscrivons entièrement et dans une telle optique un montage audio-visuel n'est qu'un des aspects parmi d'autres de cette dynamique préventive. Son principal intérêt est de susciter la curiosité des gens et de pouvoir donner une base à un débat qui, lui, nous semble fondamental. Mais il n'y a pas de débat valable sans support audio-visuel préalable. Aussi nous avons retenu au départ le schéma d'utilisation suivant :

- d'abord " sensibilisation du terrain et de l'animateur " : prise de contact avec la " frange conscientisée " du groupe, appréhension du milieu, détermination des principaux problèmes,
- puis, projection des diapositives. Séance bien sûr ouverte à tous et précédée d'une rapide présentation traçant les grandes lignes du montage,
- débat où après avoir laissé les participants réagir spontanément nous tentons d'aborder un certain nombre de sujets à partir de leur expérience en posant des questions de ce type :
  - . certains ont-ils eu la maladie dont nous venons de parler ?
  - . comment s'est-elle déclarée ?
  - . quel traitement avez-vous subi ?
  - . cela s'est-il passé comme sur les photos ?
  - . à votre avis, quelles sont les principales causes de cette maladie ?
  - . comment pourrait-on l'éviter ? etc...

Ces questions nous sont parfois retournées lorsqu'aucun des participants ne peut y répondre. Mais souvent l'un d'entre eux explique à ses camarades ce qu'il a vécu, nous demandant de temps en temps un détail technique. En reprenant à la fin ces interventions, il est possible de faire un "topo" adapté à chaque foyer, à partir d'un support audio-visuel passe-partout.

Nous avons de plus tenté, dans le cadre de ce travail, de déterminer l'impact du montage lui-même. Il s'est avéré qu'il suscite un débat assez facilement et les modifications que nous seront amenés à faire ne mettent pas en cause l'organisation même de ces montages.

Enfin, nous nous sommes attachés à établir des traductions en langues vernaculaires (Soninké, Peuhl, Bambara, Arabe) et à synchroniser ces traductions avec les diapositives.

C - Le matériel que nous avons utilisé au début était très rudimentaire mais robuste : il s'agissait d'un projecteur manuel Malik de 350 W, d'un écran portatif et nous lisions le texte accompagnant les diapositives. Puis nous nous sommes servi d'un projecteur Kodak, le Carousel SAV 2000. D'autre part, nous sommes en train d'enregistrer le support auditif sur bandes magnétiques en différentes langues en utilisant le magnétophone Uher royal.

II - LES DIFFICULTES RENCONTREES

A - Dès le début, nous nous sommes posés les questions suivantes : Comment prouver ce que nous disons ? Comment savoir si l'intervention d'un participant est représentative du groupe ? Comment déterminer la valeur de la méthode, d'après quels critères ? Comment faire pour que nos observations et nos propositions soient fondées sur la réalité et non sur une impression vague et imprécise ?

L'analyse statistique des réactions est évidemment impossible d'autant plus que l'assistance a un aspect flou - certains entrent, d'autres sortent, d'autres enfin ne font que passer -. Nous aurions pu quantifier nos observations en notant le nombre de questions ; nous aurions pu poser des questions et compter ceux qui étaient d'accord et ceux qui ne l'étaient pas ; nous aurions pu établir un questionnaire et le faire remplir à chaque participant.... et nous ne l'avons pas fait. Une telle méthode n'aurait eu de scientifique que la prolifération de chiffres à notre avis non représentatifs d'une réalité qui ne peut s'appréhender que par une relation plus engagée.

D'autre part, les Africains noirs font preuve d'une grande méfiance vis-à-vis de tous ceux qui viennent les interroger; police, groupes politiques de toutes couleurs ont déjà utilisé de telles méthodes dans leur propre intérêt.

Soit, ils ne répondent pas, soit les réponses sont fantaisistes.

De la même façon, nous n'avons jamais utilisé un magnétophone pour enregistrer les débats.

Donc, dans un tel contexte, l'analyse statistique est de peu de secours ; aussi nous avons fait appel à d'autres méthodes sociologiques : l'observation et l'entretien semi-directif, aussi critiquables soient-elles.

Enfin, certains critères peuvent être évoqués : le nombre de participants, le désir de continuer et d'organiser d'autres séances, la participation au débat.

Ces observations ont toujours été reprises à plusieurs : avec les responsables de chaque foyer qui, eux connaissent de l'intérieur la réalité de leur établissement, avec un camarade français qui nous accompagnait et dans certains cas avec des moniteurs d'alphabétisation. Enfin, des modifications techniques n'ont été apportées que si elles reflétaient l'opinion générale.

B - Il y avait bien entendu le problème de la langue. Des difficultés se sont posées dans les foyers où il existe un important mélange ethnique.

Ainsi, dans le foyer n° 3, il y avait une double traduction ; de français en Toucouleur, puis de Toucouleur en Sarakollé par l'intermédiaire d'un interprète qui ne parlait pas français.

Dans le foyer n° 2, traductions en Wolof et en Sonninké ; d'où l'intérêt des montages en langues vernaculaires.

C - Enfin des difficultés plus matérielles ont parfois retardé la progression de cette expérimentation :

- des problèmes de locaux souvent occupés,
- des problèmes d'horaires : en fait, le moment le plus favorable s'est révélé être le samedi matin et le samedi après-midi, ce qui nous a quelque peu limité,
- des problèmes de " dernière minute " :
  - . Le Consul de Mauritanie qui tient une conférence impromptue dans le foyer n° 1 au moment où nous devions faire notre projection,
  - . Les nouvelles dispositions législatives qui ont mis en émoi et à juste titre les ressortissants d'Afrique Noire,
  - . La naissance d'un enfant, évènement rare en milieu migrant et dont le baptême a eu lieu un samedi,
  - . etc....

III - PRISE DE CONTACT ET PRESENTATION DES FOYERS

A - Le premier foyer dans lequel nous fûmes introduits est celui de la rue B... Il s'agit de bâtiments en fer à cheval s'ouvrant sur une petite cour donnant sur la rue. L'aile gauche abritait à l'origine un laboratoire, l'aile droite était un garage.

Ces locaux furent reconvertis en 1969 en foyer pour travailleurs migrants par une société de gérance de foyers. Dix-neuf chambres réparties sur 2 étages ont été aménagées ; il faudrait plutôt parler de doitoirs car le nombre de lits par chambre va de 8 à 22, ce qui représente au total 238 lits. Il existe d'autre part une vingtaine de douches et de W.C.

Au rez-de-chaussée, une grande salle servant de salle à manger, de salle de jeu, de réunion de cinéma, etc... où un électrophone ou la télévision distille en permanence de la musique, en un mot la place du village.

Derrière, une vaste cuisine où deux femmes africaines préparent les repas : " elles vendent leurs assiettes et payent un droit à l'association propriétaire " .

Sur la droite, un couloir aboutit à un dortoir de 22 lits sans fenêtre. Depuis l'année dernière un système de ventilation a été installé. Il y fait chaud comme dans tout le reste du foyer, les locataires s'y promènent en boubous ou en chemises et sortent dehors, vêtus de la même façon. Le mobilier de ce dortoir comme celui des autres chambres est composé de lits à étages, d'armoires métalliques, de photos, de souvenirs. Il y en a toujours quelques uns qui dorment malgré le bruit environnant ; certains s'isolent en tendant sur les montants du lit des morceaux d'étoffe à la recherche d'une certaine intimité.

Dans l'aile gauche, deux salles plus petites, que nous utiliserons, servent pour les cours d'alphabétisation (dont un d'arabe) auxquels participent 40 habitants de ce foyer.

Les Africains que ce foyer abrite sont pour la plupart originaires de Mauritanie et du Mali, et appartiennent à l'ethnie Sarakollé.

Environ 25 % sont O.S sur machine (Renault, General Motors, Simca)
20 % sont utilisés par des entreprises de nettoyage,
10 % travaillent à la Ville de Paris,
15 % (35) sont chômeurs.

Nous avons été introduits dans ce foyer par un de ses animateurs, M. R... et c'est en sa compagnie que nous avons pris contact le 4 Décembre 1974 avec les habitants de son foyer.

Très vite, dès qu'ils ont appris les raisons de notre présence, quelques camarades se sont mis à parler, à évoquer spontanément un certain nombre de problèmes: trois thèmes ont ainsi été abordés sans que nous ayons d'aucune façon, cette fois-ci, orienté ce dialogue qui s'est instauré avec cinq camarades africains dans une des chambres de ce foyer : la tuberculose, l'alcool, les problèmes sexuels.

D'abord, un Mauritanien d'une trentaine d'années actuellement en chômage, raconte ce qu'il sait de la tuberculose. Ayant attrapé le " poumon " en 1972, il passe 6 mois à la " campagne " , c'est-à-dire en sanatorium. Et s'il connaît fort bien les facteurs favorisant cette maladie (" Je dis souvent à mes frères de mettre un manteau pour sortir, je leur dis d'ouvrir la fenêtre, etc..") et les modalités du traitement, certaines questions qu'il nous pose sont assez déconcertantes quand on pense au temps qu'il a passé dans un milieu médical :

" Comment attrape-t-on le poumon " ? . Pour la première fois, nous notons que le mode de contamination et la notion de microbe restent inconnus. D'autre part, il confondait le mode de contamination de la tuberculose et celui de la filariose.

" Il ne faut pas marcher dans l'eau ".

" Est-ce que c'est vrai que le soleil d'Afrique tue la maladie ? Quand je suis retourné chez moi pendant les vacances, j'ai diminué les doses des médicaments ".

Le retour au pays est très souvent considéré comme une thérapeutique majeure, quelle que soit d'ailleurs la maladie.

Un autre nous a raconté l'histoire suivante : " Un de mes frères travaillait dans une fonderie ; tous les ouvriers buvaient du vin sauf lui. Un jour en prenant sa douche, il meurt brutalement. Donc s'il est mort, c'est parce qu'il ne buvait pas d'alcool " .

Ses camarades renchérirent : " Pour être ouvrier, il faut boire sans ça on ne peut pas faire ce travail ". " C'est vrai, quand on ne boit pas, on meurt ".

Tiraillés entre la tradition islamique respectée au foyer (le lait est la boisson de base) et la tradition française où alcool et virilité sont liés, ils cherchent à savoir ce qu'il en est.

Juste avant de partir, un des Africains, tanneur, de constitution robuste, qui assistait à la discussion sans y participer nous demande à brûle-pourpoint : " Est-ce que c'est vrai que quand on n'approche pas de femmes, on meurt ? ". Timide approche d'un problème majeur mais souvent inexprimé.

Ce n'est pas tant le fait d'avoir une vie sexuelle limité ou affectivement peu satisfaisante qui pose problème (bien qu'il ne faille pas le sous-estimé) que la crainte de rentrer au pays stérile ou impuissant après une aussi longue période de continence.

Après ce premier contact, nous décidons de nous revoir dix jours plus tard pour projeter des photos concernant ces problèmes.

Nous serons plus brefs dans la présentation des autres foyers car on y retrouve un certain nombre de caractéristiques semblables.

B - Le second foyer avec lequel nous sommes entrés en contact a été celui de la rue M... Nous avons été mis en relation avec son directeur, qui est Wolof, par l'intermédiaire d'une assistante sociale du Service Social d'Aide aux Emigrés.

Nous l'avons rencontré le 3 Février pour la première fois.

Il a d'abord abordé le travail qu'il essayait de mener et certains problèmes qu'il rencontre (problèmes posés par les " clandestins " , par la reconstitution des structures tribales et les conflits que cela peut engendrer alors que " nous sommes tous frères "). Très conscient des problèmes politiques posés par l'immigration, il fait preuve d'une grande pondération en ce qui concerne les actions à mener.

Le foyer dont il est responsable est une ancienne usine transformée en foyer en 1967, et repris par une association de gérance de foyers.

Il héberge éventuellement des Sénégalais et des Maliens (d'ethnie Sarakollé et Toucouleur) et un petit nombre de Mauritaniens, de Guinéens et d'Ivoiriens.

Son foyer est composé d'une vingtaine de chambres offrant un total de 230 lits. Il existe deux grandes salles communes :

- la première au rez-de-chaussée est surtout réservée aux jeux, et aux repas,
- la seconde au premier sert de marché, les professions exercées par ses locataires sont sensiblement les mêmes que celles du foyer précédent.

Nous nous sommes retrouvés chez lui le 14 Février pour projeter aux responsables des 3 foyers les montages qui avaient été mis à notre disposition. A l'issue de cette réunion, ils acceptèrent que nous " l'expérimentions " chez eux (bien que le directeur du foyer n° 3 ait été retenu par un de ses locataires victime d'un accident de travail).

Enfin, nous avons pris contact avec le responsable du foyer n° 3, celui de la rue D ... Son directeur est Peuhl et dirige avec fermeté ce foyer où les locataires sont sensiblement plus jeunes que dans les deux autres foyers. Il s'agit là aussi d'un établissement géré par la même association que le foyer n° 1.

Il offre 200 lits et abrite surtout des Maliens d'ethnie là aussi Sorakollé.

Donc, 3 foyers où nous avons été introduits par hasard, sans que ce hasard puisse conférer une valeur universelle aux observations que nous pourrons faire. Cependant, nous pensons pouvoir dire qu'ils sont représentatifs des foyers de noirs africains des quartiers nord de Paris car tous les témoignages, et les observations que nous avons pu faire, dans d'autres foyers, correspondent aux structures que nous avons décrites.

Il faut d'autre part noter que nous avions déjà engagé une certaine action dans le foyer n° 1 alors que dans les deux autres, nous sommes arrivés d'emblée pour projeter les diapositives.

Enfin, des négociations sont en cours dans plusieurs autres foyers intéressés par cette expérience et prêts à recevoir des équipes.

IV - L'EXPERIMENTATION PROPREMENT DITE

Nous parlerons successivement des quatre séries de diapositives que nous avons expérimentées dans ces foyers. Pour chacune d'entre elles, nous décrirons d'abord le montage d'origine, puis nous relaterons les faits marquants des débats suscités par ces projections dans chacun des foyers, enfin nous dirons quelles sont les modifications que nous avons apportées à ces montages.

A - LA TUBERCULOSE

1) Analyse de la méthode

Nous avons d'abord réadapté le texte de la thèse de Carmes au montage photographique qu'il avait conçu car il y avait 2 photos (9ème et 11ème photos) sans texte et 2 textes (n° 5 et n° 47) sans photos. Ces détails changent la numérotation.

Cette série comprenait donc 49 diapositives et suivait le plan suivant :

- une introduction (photos 1 à 13),
  présentant un Africain arrivant à Paris qui tombe malade, va au dispensaire et passe une radio ; et définissant la maladie.

- des notions d'anatomie (photos 14 à 18),

- la clinique en 6 photos (photos 19 à 24),

- l'attitude à tenir devant un symptôme évocateur (photos 25 à 28),

- puis la prévention en montrant quels sont les facteurs favorisants (fatigue, froid, alimentation, logement, entassement, manque d'hygiène) (photos 29 à 38), et en montrant l'intérêt et la signification du BCG (photos 39 à 44),

- enfin l'importance du traitement est repris (photos 45 à 49).

2) Rapport des séances

Foyer n° 1

a) Nous nous étions d'abord réunis le 14 Décembre, avant d'avoir les photos, pour déterminer ensemble quels sont les principaux problèmes de santé qui se posent aux habitants de ce foyer et pour voir comment il serait possible de les résoudre. Nous nous sommes retrouvés à une vingtaine dans le bureau du directeur. Beaucoup de gens vont et viennent car ce bureau est un lieu de passage. Parmi la vingtaine de participants " permanents " , six surtout vont participer au débat, chacun ayant une expérience de maladie et parlant à peu près correctement le français. Les autres, qui suivent attentivement le débat, s'expriment plus épisodiquement et par l'intermédiaire d'un " interprète ".

Cinq ont eu la tuberculose.

Le premier ayant fait 2 séjours en sana car il a rechuté; le deuxième associant une Bilharziose urinaire à sa tuberculose qui s'était d'autre part manifestée par une odénopathie axillaire importante ayant nécessité une intervention à Laënnec ; le troisième a eu drcit quant à lui à une pneumectomie il y a cinq ou six ans. Les deux autres restent beaucoup plus discrets sur leurs tribulations personnelles. Le dernier avait présenté des coliques néphrétiques d'origine probablement bilharziennes.

Bien entendu, le débat va essentiellement tourné autour de la tuberculose, présentée comme la seule maladie importante existant dans ce foyer.

Quand nous leur demandons : " Quelles sont à votre avis les causes de la maladie ? " , tout le monde se met à parler :

" C'est parce qu'on est mal logé et entassé "
" Il y en a qui refusent d'ouvrir les fenêtres "
" On dort mal, il y a trop de bruit "
" Des fois, plusieurs utilisent le même lit "
" Parce qu'on boit et mange ensemble "
" Je suis tombé malade quand j'ai commencé à travailler la nuit "
" Ce n'est pas facile de se soigner dans le foyer "
" Les médecins du quartier traitent tout le monde pour la grippe "
" Parce qu'on va passer la radio trop tard ".

Par contre, aucun ne pouvait dire comment se transmettait la maladie. L'existence des bacilles est à peine soupçonnée bien que tous pensent que la vie en commun soit à l'origine de la contamination. Il faut noter qu'aucun n'a attribué de rôle à l'alimentation. Cependant beaucoup de notions sont connues.

Quand nous leur avons demandé s'ils essayaient d'expliquer tout cela à leur frère, nous avons eu les réponses suivantes :

" C'est Dieu qui le veut et quoique tu dises, demain tu pourras être malade si Dieu le veut "

" On est venu ici pour travailler et pas pour aller à l'hôpital ".

Ce qui a fait réagir deux d'entre eux :

" Quand on va vite voir le docteur, on reste moins longtemps à l'hôpital " et " L'argent c'est une chose alors que la santé c'est la vie ".

Et ils nous racontent l'histoire de leur frère qui attendait " d'être faible au point de ne pouvoir remonter sur son lit " avant d'accepter que l'on appelle une ambulance (l'arrivée en ambulance étant le seul moyen d'être assuré de passer la visite dans certains hôpitaux). Et ils en profitent pour dénoncer l'accueil qui leur est réservé dans certains services hospitaliers : " C'est pas un hôpital c'est un foyer ".

Mais l'un d'entre eux ajoute : " Quand on dit tout ça personne ne nous croit ".

Il est sûr que ceux qui sont venus spontanément participer à ces séances sont déjà plus ou moins " adaptés " à leurs conditions de vie (l'adaptation étant prise dans le sens que lui donne Z. de Almeida en l'intégrant dans un processus dynamique d'insertion où le migrant passe progressivement par les stades d'accommodation, d'adaptation et d'intégration).

D'autre part, ils parlaient le français, ce qui n'est pas le cas de la majorité d'entre eux. Et nous nous sommes alors aperçus d'un aspect qui nous paraît fondamental : ce ne sont pas ceux qui possèdent l'information qui dans un foyer possèdent le pouvoir, car dans ces foyers où les habitants reproduisent les structures hiérarchiques des groupes dont ils sont originaires,

le " pouvoir local " est exercé par ceux qui l'auraient exercé s'ils étaient restés en Afrique.

Or ces " chefs " étant considérés comme les dépositaires de la culture et comme références sont pour la plupart les gérants d'une tradition qui permet à tous de conserver leur identité culturelle au sein d'une société d'accueil déculturalisante qui refuse ces différences ce qui pose un problème majeur : comment transmettre cette information sans porter atteinte à cette culture ?

Puis le Secrétariat d'Etat aux Travailleurs Immigrés décide que les ressortissants de l'Afrique Noire " francophone " doivent posséder comme les autres immigrés (sauf ceux de la CEE) une carte de séjour et une carte de travail (alors qu'auparavant des " accords de circulation de personnes " entre la France et les principaux états d'Afrique noire fournisseurs de main d'oeuvre n'exigeaient avant d'arriver en France qu'un contrat de travail visé par les services de la Main d'Oeuvre française et un certificat de contrôle sanitaire).

Aussi, nous avons pensé - et ils étaient d'accord - que les problèmes de santé n'étant plus au premier plan de leur préoccupations, il était plus important pour eux d'agir pour éviter des expulsions massives.

Nous n'y sommes donc retournés que le 1er Mars pour projeter une série de diapositives sur la tuberculose.

b) Nous nous réunissons le 1er Mars dans une salle d'alphabétisation à 20 h 30. Nous n'avons pas pu avoir la grande salle car c'était l'heure du dîner. C'est un samedi soir : beaucoup s'apprêtent à sortir. Nous devions faire la projection à 14 H mais le Consul de Mauritanie est venu tenir une conférence impromptue dans le foyer à la même heure. Nous ne pouvions que nous incliner.

Nous sommes quand même une quarantaine : 32 Africains dont le directeur du foyer, quatre chefs de communauté âgés, d'autres plus jeunes que

nous n'avons pas pu dénombrer, enfin les " sans-titres " , très coopérants mais plus agressifs et 6 français : 2 moniteurs d'alphabétisation, l'animateur du foyer, et deux étudiants en médecine de Saint Antoine. Il ne s'agit pas du tout de la même " clientèle " que celle des cours d'alphabétisation.

Pendant la projection, le directeur du foyer traduit en Sarakollé ce que nous disons. La lumière à peine rallumée, deux mauritaniens bondissent : " Nous, on connaît tout ça mais on ne peut rien changer, c'est pas nous les coupables. Si tu ne veux pas que nous habitions aussi nombreux dans chaque chambre, donnes nous d'autres chambres ".

Aussitôt, d'autres les modèrent reconnaissant sans honte qu'ils ne connaissaient pas " tout ça ". Mais cette réaction nous a fait sentir combien nous sommes marqués par cette relation de domination attribuée à celui qui est censé savoir par rapport à celui qui ne sait pas et qui pousse certains à refuser le débat. L'information risque alors d'être considérée comme un moyen de domination.

Puis une discussion assez vive s'installe entre eux mais en Sarakollé que nous refusons de rompre. Nous finissons par savoir qu'elle oppose ceux qui veulent que nous repassions la projection à l'ensemble des locataires à ceux qui pensent que cela ne servirait à rien.

Ces derniers expliquent qu'il existe 3 catégories de gens :

- ceux qui savent et ne veulent pas comprendre ; ceux-là attrapent la maladie. Ce sont eux les plus dangereux. Comme les " fanatiques " qui disent : " Si Dieu veut que je vive, je vivrai ; s'il veut que je meure, je mourrai ". Contre cela, il n'y a rien à faire.
- ceux qui savent et qui comprennent ; ceux-là n'attrapent pas la maladie,
- enfin ceux qui ne savent pas. " Ceux-là, on va s'en occuper ". Ils craignent en outre des tentatives de " sabotage " de la part des " fanatiques ".

Un autre répond : " Voilà 6 mois que je suis en France, je n'ai pas encore pu rembourser mon voyage alors si je suis malade, je ne m'arrêterai pas et pourtant je sais et je comprends ".

D'autres nous disent :

" Ce que tu nous dit c'est bien ; cela nous a permis de comprendre pas mal de choses, mais après, qu'y a-t-il ? :

- un camion de dépistage dont les résultats ne sont connus que 3 mois après : 3 mois pendant lesquels les " suspects " ont eu le temps de disséminer la maladie,
- les dispensaires ne donnent pas d'ordonnance et il y a toujours la queue : les généralistes ne connaissent que la grippe " .

Ces réflexions nous paraissent justifiées. Nous les poussons à se faire examiner précocément mais souvent l'intendance ne suit pas. Il ne peut y avoir d'éducation sanitaire isolée et dissociée des autres structures médico-sociales.

Sur un plan plus technique :

- trois d'entre eux trouvent que certaines photos portent atteinte à leur dignité. On montre toujours un balayeur alors que la plupart sont ouvriers. Or ce dernier est mieux considéré que le balayeur.
- le nom attribué au personnage paraissant sur les photos les gêne.
- la diapositive où il est conseillé de se laver les fait sourire dans la mesure où ils se lavent 2 fois par jour.
- enfin, nous notons qu'aucune diapositive n'explique que plus le diagnostic est précoce, plus le traitement est court.

Foyer n° 2

Nous avons projeté deux fois dans ce foyer la série de diapositives sur la tuberculose :

- La première fois (1.2.1975) en présentant l'ensemble des montages aux responsables des 3 foyers réunis. Il s'agissait juste de voir rapidement si cette méthode pouvait être viable. En ce qui concerne la tuberculose, les réactions ont été en général très positives. " Pour ceux qui ont déjà été malades, ces photos correspondent tout à fait à leur expérience et pour ceux qui ne l'ont pas été, elles leur apprennent beaucoup de choses ". Des critiques rapides ont mis en évidence la pauvreté de certains textes, un survol trop rapide des problèmes alimentaires, la nécessité de faire des traductions. Mais il manquait le contact avec l'élément moteur du foyer.

- La deuxième fois, le 8.3.1975, à 14 h 15. Nous espérions que le responsable du foyer aurait mobilisé un certain nombre de gens ; or, nous nous retrouvons à une vingtaine dans sa chambre. Les participants sont pour la plupart des " chefs de groupes " . Parmi eux, un élève infirmier africain qui vient tous les samedis voir sa famille dans ce foyer.

A chaque commentaire de diapositive, il réagit violemment considérant que nous les prenons pour des enfants. Quand nous disons " un microbe est une petite bête.... " , il proclame " c'est pas une petite bête, c'est le Bacille de Koch... " et il sort.

Nous n'avions pas pu apprendre qu'il venait régulièrement dans le foyer faire lui aussi de l'éducation sanitaire. Notre arrivée remet en cause le rôle qu'il y jouait.

Il est donc important de s'assurer le concours de tous ceux qui mènent ce type d'action. Parfois, on ne l'apprend qu'à ses dépens.

D'autre part, ce foyer connaît des difficultés internes importantes sur lesquelles il n'est pas besoin de s'étendre, si bien que la réunion de groupes importants est redoutée. Là encore un travail d'approche est nécessaire pour appréhender la réalité d'un tel groupe.

Cependant, cette séance ne fut pas le fiasco que nous redoutions car les principales réactions suscitées furent les suivantes :

" Il faudrait projeter ces photos à tout le monde dans la grande salle ". Mais peur du " sabotage ".

" Il faudrait organiser des séances de vaccination dans le foyer "
" A quoi sert la médecine du travail "
" On commence à connaître un peu la tuberculose car en ce moment il n'y a plus de nouveaux mais il y a d'autres maladies qui nous tracassent : les maladies vénériennes ". Et l'information semble à ce sujet très limitée (mais n'en est-il pas de même pour nos concitoyens).

Si bien que nous décidons de nous revoir pour parler de ce problème.

Foyer n° 3

Nous avons présenté dans ce foyer la série de diapositives sur la tuberculose, le samedi 8 Mars à 10 heures du matin. Nous pensions qu'à cette heure-là peu de gens viendraient. Or nous étions dans une grande salle au sous-sol environ 120 (dont 3 français).

Les textes que nous lisions étaient traduits 2 fois : d'abord du français en Toucouleur par le directeur du foyer puis du Toucouleur en Sarakollé par un Sénégalais qui ne parlait pas le français.

Pendant la projection, B. D... prend des notes et à la fin de celle-ci, il reprend en langue vernaculaire tous les points importants.

Une telle attitude nous semble aussi profondément valable : que l'information soit reprise par un membre du foyer et représentée à l'ensemble. Cela pose cependant des problèmes de transcription d'où l'intérêt de réunions préparatoires et des traductions préparées à l'avance.

Plusieurs participants nous relatent alors leur cas personnel :

- Cas n° 1 :

32 ans, toux déclenchée à la mobilisation, vomissements il y a un an. Il va voir un médedin qui déclare que la radio est normale. Il décide alors d'aller consulter à Laënnec où on lui dit qu'il est malade.

Conclusion : "Est-ce que les médecins connaissent la tuberculose ? " Et il nous demande alors de préciser comment débute la maladie et comment elle se transmet. Peut-être voulait-il s'assurer que nous le savions ? Nécessité d'informer les praticiens.

- Cas n° 2 :

Environ 30 ans. Il va passer une radio dans un établissement dépendant de la DASS : R.A.S. Il est ensuite convoqué par l'O.N.I qui lui découvre une lésion tuberculeuse.
Il est alors hospitalisé. Et il nous rapporte son expérience de malade hospitalisé qui risquerait à tout moment " parce qu'il est noir " de faire les frais d'une expérimentation.

Certains de ses camarades renchérissent : " Un de mes frères est mort tout de suite après une piqûre " et il nous décrit une riche symptomatologie évoquant un choc anaphylactique.

Un autre nous raconte l'intervention thoracique qu'il subit en 1973 à Bichat. Comme nous avions dit auparavant que les opérations pour tuberculose étaient devenues rares, il lui était facile d'en conclure qu'il avait été victime d'un essai.

L'amalgame est vite fait : " Un cousin avait mal dans le côté droit et une boule dans le ventre, on lui a donné des médicaments qui l'ont fait mourir. Les médicaments pour le poumon sont dangereux. Il vaut mieux ne pas se soigner " , et il décrit ensuite avec force détails une symptomatologie évoquant un cancer primitif du foie.

Un autre devant subir une intervention digestive (il ne sait d'ailleurs pas laquelle) se retrouve un matin sur la table d'opération sans avoir été prévenu, un autre est laissé à jeun trois jours de suite, etc...

La discussion a donc très vite déviée. Mais nous pensons qu'il n'aurait servi à rien de leur faire un cours sur la tuberculose en leur conseillant d'aller à l'hôpital si l'image de l'hôpital reste la même. Or, l'animateur d'une méthode d'éducation sanitaire est considéré comme le représentant de ce pouvoir médical angoissant. Comment l'exorciser, le conjurer ?

D'abord, certes par une information correcte leur permettant de mieux assumer une éventuelle hospitalisation mais aussi par le développement des structures hospitalières destinées aux étrangers (Service d'Interprétariat, Information du Personnel, etc...).

3) Modifications apportées au montage

Pour tirer les conclusions pratiques de ces expériences, un groupe de 10 Africains s'est retrouvé avec nous au foyer n° 1 le 15.3.1975. Reprenant la série de diapositives consacrée à la tuberculose photo par photo nous proposons les modifications suivantes :
(les chiffres entre parenthèses reportent à la numérotation de la thèse de Carmes).

Photo 1

" Les photos ont été faites au sujet du " poumon ".
Le " poumon " est une maladie qui s'appelle aussi la tuberculose. Le point rouge montre l'endroit où il y a la maladie ".

Commentaires : D'emblée, existe un problème de vocabulaire : " poumon " signifiant tuberculose dans le " français des foyers ". Le texte a besoin ici d'être plus explicatif.

Photo 2

" Cet homme est né dans un pays d'Afrique occidentale "

Commentaires : Une référence trop précise à ce nom ou à un pays peut poser des problèmes avec certains individus.

Photo 3

" Il a quitté son village depuis plusieurs mois "

Commentaires : Montrer le temps de latence existant entre l'arrivée en France et l'apparition de la maladie.

Photo 4

" Il a quitté sa famille "

Commentaires : R.A.S

Photo 5 (Ph. 6)

" Et il est arrivé à Paris "

Commentaires : R.A.S

Photo 6 (Ph 7)

" A Paris il fait souvent froid et son travail est dur "

Commentaires : Ici la photo pose un problème : le balayeur photographié ne représentant pas la majorité des travailleurs africains qui pour la plupart sont O.S. De plus, profession peu valorisée.

Photo 7 (Ph 8)

" Au bout de quelques temps il est tombé malade " : il a maigri, il tousse, il se sent fatigué "

Commentaires : Le texte est ici trop riche par rapport au support visuel, il aurait fallu une photo pour chaque signe.

Photo 8 (Ph 9)

" Aussi il a décidé d'aller au dispensaire voir un docteur qui l'examine "

Commentaires : R.A.S

Photo 9 (Ph 10)

" Et qui lui fait une radiographie de la poitrine "

Commentaires : l'appareil présenté n'est pas très clair.

Photo 10

" La radiographie est une photo qui montre si les poumons sont malades ".

Commentaires : Aucun texte ne correspondait à cette photo. Nous en avons profité pour définir une radio d'autant plus que le support visuel est très clair.

Photo 11

" Cette radiographie est anormale. Il y a une " tâche " au poumon qui est ici entourée par le cercle rouge, c'est la tuberculose ".

Commentaires : Montrer à quoi correspond le langage populaire : tâche est bien mieux comprise que lésion.

Commentaires : nous avons préféré " mauvais à malsain " et avons rajouté la dernière phrase qui avait été omise.

Photo 18

" L'inspiration et l'expiration se suivant : c'est la respiration ".

Commentaires : R.A.S

Photo 19

" Quand les poumons sont malades, on a mal dans la poitrine, la respiration devient difficile ; on tousse et on crache ".

Commentaires : R.A.S

Photo 20

" Parfois le malade a mal dans le dos ".

Commentaires : Cette photo pose des problèmes d'interprétation. Les lombalgies sont fréquentes dans ce milieu de travailleurs de force. Il nous a fallu à chaque fois préciser que toute lombalgie n'est pas tuberculeuse.

Photo 21

" Il est fatigué, il n'a pas faim, il dort mal ".

Commentaires : Comme pour la photo 7, il aurait fallu une diapositive appuyant chaque affirmation.

Photo 22

" Quand la maladie augmente, le malade maigrit.

Commentaires : Le croquis est parfait mais le texte était trop juste. Il y a dans cette photo 3 éléments qu'il faut intégrer : le développement de la maladie, l'affaiblissement du malade, le facteur temps qu'il faudrait d'ailleurs symboliser par des flèches.

Photo 23

" Mais quelquefois on peut attraper la tuberculose et devenir malade sans le savoir car on n'a pas mal ".

Commentaires : nécessité d'être plus explicatif car le croquis n'est pas à priori évocateur.

Photo 24

" C'est la radiographie qui retrouve la maladie. C'est pour cela qu'il faut passer la radio au travail et quand le camion de dépistage passe au foyer ".

Commentaires : Nous avons profité de ce schéma pour montrer l'importance du dépistage radiologique des formes inapparentes. Rôle de la DASS et de la médecine du travail qui suscitera d'ailleurs de nombreuses questions ou critiques.

Photo 25

" Il faut se soigner sinon la maladie devient grave ".

Photo 26

" Avec le traitement, la tuberculose guérit bien. Le traitement est plus court si la maladie est traitée au début ".

Commentaires : Le croquis est excellent ; nous avons introduit une nouvelle notion ; celle de l'importance d'un diagnostic précoce. Cela pourrait se discuter car il est préférable de ne faire passer qu'une notion par photo. Il faudrait peut-être prévoir un autre document.

Photo 27

" Au début il faut aller à l'hôpital pour faire les examens et pour commencer le traitement ".

Commentaires : nous avons substitué " examens " à " bilan "

Photo 28 (Ph 29)

" Il faut se reposer au lit et il faut bien manger ".

Photo 29 (Ph 31)

" Comment empêcher la maladie ? "

Commentaires : Un des participants proposait de modifier cette photo en présentant une main qui repousse le rond rouge.

Photo 30 (Ph 32)

" La tuberculose est fréquente chez les personnes très fatiguées. Il faut faire attention à sa santé."

Commentaires : nous avons supprimé le nom propre.

Photo 31 (Ph 33)

" En France lorsqu'il fait froid, il faut s'habiller chaudement ".

Commentaires : la photo a posé quelques problèmes. Un participant a dit qu'elle représentait " des habits pour singe de cirque ". Peut-être faudrait-il lui substituer une photo ne montrant qu'un gros chandail et un manteau ?

Photo 32 (Ph 34)

" Il faut bien manger, le travailleur qui ne mange pas assez perd ses forces et devient malade. Le riz, le couscous, les pommes de terre avec les pois chiches sont de bons aliments ".

Commentaires : au début certains ont réagit en disant " pour qui nous prend-on ; nous aussi on sait se servir d'assiettes ". Il s'est vite avéré que notre présence jouait un rôle non négligeable dans ces réactions qui utilisaient nos critères.

Photo 33 (Ph 35)

" Mais la viande, le poisson, le lait et les oeufs sont meilleurs pour la santé, malheureusement ils sont plus chers ".

Commentaires : lait et poissons sont déjà consommés en quartité dans les foyers.

Photo 34 (Ph 36)

" Lorsqu'il fait chaud, les fruits sont agréables. Ils sont bons pour la santé ".

Photo 35 (Ph 37)

" La tuberculose est fréquente si l'on habite dans les foyers très sales ".

Photo 36 (Ph 38)

" La tuberculose est également très fréquente si l'on est très nombreux dans une seule pièce. Un malade peut contaminer les autres. Le point rouge représente la maladie ".

Photo 37 (Ph 39)

" Il est difficile de trouver un foyer propre mais cela vaut la peine de payer un peu plus cher et être bien logé ".

Commentaires : les 3 dernières photos suscitent de nombreuses interventions.

Photo 38 (Ph 40)

" Il est nécessaire de se laver souvent ".

Commentaires : les milieux musulmans respectant la toilette rituelle n'ont pas trop besoin de conseils de ce type. Il est cependant nécessaire de le dire, discrètement.

Photo 39 (Ph 41)

" La vaccination protège contre la maladie. La vaccination est une piqûre qui aide le sang à devenir fort pour qu'il puisse tuer les microbes. La vaccination contre la tuberculose s'appele le "B.C.G" ".

Commentaires : il nous a semblé nécessaire d'expliciter un peu plus la notion de vaccination devant les nombreuses questions concernant celle-ci.

Photo 47 (Ph 50)

" Le traitement est long, il faut le continuer après avoir quitté l'hôpital, même lorsque l'on a repris son travail ".

Commentaires : il serait bon là aussi de montrer un travailleur africain exerçant un autre emploi.

Photo 48 (Ph 51)

" Il faut retourner souvent au dispensaire pour faire des radiographies, pour voir si la maladie guérit bien ".

Photo 49 (Ph 52)

" Ainsi ce malade guérira vite. La tuberculose est maintenant une maladie qui guérit bien si on se soigne au début ".

Cette série de diapositives semble correspondre à un besoin réel des travailleurs africains vivant en foyer. Elle répond à un certain nombre de leurs problèmes et provoque des réactions parfois passionnées.

Nous serons plus brefs en ce qui concerne les trois autres montages que nous avons expérimentés. Nous insisterons surtout sur les modifications que nous avons dû y apporter en expliquant pourquoi nous les avons faites et sur les réactions des participants.

B - LES MALADIES VENERIENNES

1) Analyse succinte de la méthode

Introduction : photos 1 à 3

Définition : photos 4 à 5

Anatomie : photos 6 à 12

Syphilis : photos 13 à 25 (durée d'incubation, signes cliniques, examens complémentaires)

Blennoragie : photos 26 à 31 (durée d'incubation, signes cliniques, examens complémentaires)

Traitement : photos 32 à 38

Epidémiologie et Prophylaxie : photos 39 à 49

2) Modifications apportées

- Pour l'anatomie (photos 6 à 12) nous n'avons conservé que les photos n° 6 et n° 9 qui définissent de façon globale les organes génitaux masculins et féminins. Les autres diapositives qui décrivent de façon plus détaillée ces organes sont apparu inutiles d'autant plus que certains schémas sont peu clairs.

- Il est important d'enchaîner rapidement les photos 15 à 19.

- Pour la photo n° 21 nous avons remanié le texte : " Le bouton contient le microbe responsable de la maladie. Un microbe est une petite bête que l'on voit avec un appareil qui grossit beaucoup : cet appareil s'appelle un microscope ".

- En ce qui concerne la blennoragie, les schémas sont suggestifs,

- Les diapositives abordant les modalités du traitement n'ont pas posé de problèmes spéciaux.

- Dans le chapitre traitant de l'épidémiologie et de la prophylaxie, nous avons fait deux modifications :

. photo n° 42 : " Le risque d'être malade est plus ou moins important selon sa situation : un homme seul qui a laissé sa famille au pays est certainement plus vulnérable ".

. enfin nous avons supprimé la photo n° 47 qui suscitait des réactions très diverses et nous avons intégré l'information qu'elle donnait dans le texte accompagnant la photo n° 46.

- Nous avons d'autre part procédé à des modifications de détail dans l'agencement de ces diapositives.

Pour mieux individualiser chaque chapitre nous avons inséré des diapositives intercalaires de couleur chaque fois qu'un nouveau sujet est abordé.

- Pour ce montage aussi des traductions synchronisées sont en cours d'élaboration.

Nous avons donc apporté peu de modifications aux textes originaux. Il suffit donc de se reporter à la thèse de Carmes pour prendre connaissance du reste du texte.

Mais l'importance des réunions préparatoires et l'animation du débat en fonction de la culture des participants sont ici fondamentalles. La moindre erreur de parcours porte atteinte à la crédibilité de toute l'information véhiculée par le montage. La sexualité n'a pas que des implications médicales.

3) Principales réactions

Nous avons d'abord eu des problèmes de traductions. Les " interprètes " qui nous aidaient étaient gênés de traduire certains passages. Mais ceux qui osaient aborder franchement le problème libéraient les participants de toute fausse pudeur permettant ainsi l'instauration d'un débat malgré la réprobation de certains responsables.

Après un premier temps de négation (" Nous on n'a pas de maladies comme ça "), beaucoup de sujets ont pu être abordés ;

- d'abord bien sûr reprise des thèmes présentés par le montage,
- problèmes liés à la contraception et à la stérilité,
- définition de certains termes souvent entendus mais non compris,
- l'angoisse due à une continence prolongée,
- ou au contraire les risques présentés par la fréquentation d'une prostitution mal surveillée.

C - LA BILHARZIOSE

1) Analyse de la méthode

Introduction : présentation d'un cas clinique photos 1 à 17
Définition : photos 18 à 23
Clinique : photos 24 à 28
Epidémiologie : photos 29 à 46
Prévention : photos 47 à 66.

2) Modifications apportées à ce montage

Nous avons été amenés à modifier certains textes et à supprimer quelques diapositives. Nous donnons ici le texte tel qu'il a été élaboré à partir de cette expérience. C'est ce texte qui a été enregistré et traduit (les phrases marquées d'une * sont celles qui n'ont pas été modifiées).

Photo 1 La Bilharziose *
Photo 2 Cet homme
Photo 3 a quitté son village,
Photo 4 pour venir travailler à Paris.
Photo 5 Au foyer, il se plaint : il a mal en urinant et ses urines sont rouges.
Photo 6 Un frère lui conseille d'aller au dispensaire.
Photo 7 Le dispensaire s'occupe des africains *
Photo 8 les infirmiers sont aussi africains et parlent les langues africaines.
Photo 9 Tous les examens y sont gratuits *
Photo 10 On lui fait d'abord une radio des poumons pour voir s'il n'a pas aussi la tuberculose,
Photo 11 puis, on lui fait une prise de sang pour savoir s'il est en bonne ou en mauvaise santé,
Photo 12 un examen d'urines pour rechercher des parasites *
Photo 13 et un examen de selles pour rechercher d'autres maladies.
Photo 14 Avec ces examens il est vu par le docteur.

Photo de transition.

Photo 15 Mais de quoi s'agit-il . Qu'est ce que la Bilharziose ?
Photo 16 La Bilharziose est une maladie de la partie du corps qui produit et élimine l'urine.
Photo 17 La Bilharziose est due à des petits vers qui se trouvent autour de la vessie. Le point rouge représente la maladie,
Photo 18 ce sont les vers qui font saigner,
Photo 19 s'il y a beaucoup de sang les urines deviennent rouges ; s'il y en a moins elle restent jaunes.

Photo de transition. Comment la maladie se déclare-t-elle ?

Photo 20 Le malade a mal en urinant,
Photo 21 il urine rouge.
Photo 22 Parfois la maladie devient grave ; certains malades ne pourront plus avoir d'enfant. Mais cela est très rare.

Photo 23 Au contraire, parfois le malade ne sait pas qu'il a la Bilharziose : il n'a pas mal et les urines sont normales,

Photo 24 et c'est l'examen des urines qui retrouve la maladie : avec un appareil qui grossit beaucoup on peut voir les oeufs des petits vers *.

Photo de transition. Comment devient-on malade ?

Photo 25 Comment attrape-t-on la maladie ?
Le point rouge représente toujours cette maladie.

Photo 26 La Bilharziose est une maladie des pays chauds : elle est fréquente en Afrique, elle n'existe pas en France *.

Photo 27 Le ver femelle pond ses oeufs dans la vessie *.

Photo 28 L'homme malade rejette les oeufs en urinant *.

Photo 29 Les oeufs se retrouvent dans l'eau des marigots, des rivières et des étangs *,

Photo 30 Lorsqu'ils vont éclore, le jeune parasite est libéré *,

Photo 31 et il va pénétrer à l'intérieur d'un escargot qui se trouve dans l'eau * ,

Photo 32 Dans cet escargot il va grandir et il ressort. Il est alors devenu dangereux. Mais il est toujours très petit et on ne peut pas le voir à l'oeil nu,

Photo 33 puis il pénètre sous la peau de l'homme qui est dans l'eau. Cela ne fait pas mal et on ne s'en aperçoit pas * ,

Photo 34 enfin le petit ver va traverser le corps et va devenir adulte au niveau de la vessie *.

Photo 35 C'est dans l'eau que l'on attrape la Bilharziose *,

Photo 36 Soit en marchant dans l'eau * ,

Photo 37 comme ce jeune mauritanien

Photo 38 soit en s'y baignant,

Photo 39 comme ces enfants qui jouent dans un marigot,

Photo 40 soit, pour les femmes, en y lavant le linge,

Photo 41 comme celle-ci au bord du fleuve Sénégal.

Photo de transition.

Photo 42 Comment peut-on lutter contre la Bilharziose ?

Photo 43 D'abord en soignant ceux qui sont malades. Les médicaments tuent les parasites,

Photo 44 et surtout il ne faut plus être en contact avec les petits vers,

Photo 45 il faut détruire les escargots qui sont la maison des parasites * .

Photo 46 C'est le rôle des équipes de santé qui viennent dans les villages * ,
Photo 47 Il ne fait pas uriner, ni jeter les selles dans les marigots et les rivières,
Photo 48 ni à proximité de ceux-ci.
Photo 49 Il faut faire des cabinets quand il n'y en a pas en creusant un trou
Photo 50 que l'on rebouche à moitié plein.
Photo 51 Ces cabinets doivent être propres * ,
Photo 52 et doivent être construits loin des puits, des marigots ou des rivières,
Photo 53 s'il n'est pas possible de construire des cabinets, il faut utiliser un seau,
Photo 54 qui sera vidé tous les jours dans un trou profond,
Photo 55 et désinfecté avec de l'eau de javel,
Photo 56 cela est vrai pour les petits comme pour les grands,
Photo 57 et bien sûr il ne faut pas marcher pieds nus ou se baigner dans l'eau où vivent les petits vers,
Photo 58 il faut respecter et faire respecter toutes ces règles *
Photo 59 pour que tous les habitants du village soient en meilleure santé * .

3) Réactions

La Bilharziose, comme la Dracunculose, pose moins de problèmes aigus en France, bien qu'elle soit fréquente, que la tuberculose ou les maladies vénériennes. Ce montage doit être présenté comme une préparation au retour, et il faut le préciser avant de le présenter. En montrant quels sont les principaux moyens de lutte contre cette maladie cliniquement bien connue, les réactions faisant appel à des expériences personnelles sont vite passionnées.

Certains participants ont parfois paru gênés par les conseils prophylactiques mais ceci n'a été qu'un obstacle mineur.

A chaque séance, des travailleurs nous ont demandé pourquoi ils n'ont jamais attrapé cette maladie alors que depuis leur enfance ils ne prennent aucune précaution. Il n'est pas toujours facile de répondre à ces objections.

Enfin et surtout, ce montage permet d'aborder un problème majeur : le péril fécal et les moyens prophylactiques.

D - LA DRACUNCULOSE

1) Analyse de la méthode

Photos 1 à 13 : Définition et cas clinique
Photos 14 à 25 : Epidémiologie
Photos 26 à 39 : Prévention

2) Modifications apportées à ce montage

Il s'agit de la série qui a posé le moins de problèmes. D'abord parce que cette maladie est relativement bien connue et surtout parce que ce montage est clair et concis.

Les modifications apportées n'ont été que de détail.

Nous nous sommes contentés d'engager le travail nécessaire aux traductions et d'élaborer le montage en ménageant des intervalles suffisants pour que les différents niveaux de ce problème restent bien individualisés.

3) Il permet en outre un début intéressant abordant le rôle de l'eau dans la transmission de certaines maladies tropicales et les moyens prophylactiques permettant de les éviter.

Ainsi ces deux derniers montages permettent d'étudier, à partir de deux maladies précises, deux problèmes beaucoup plus vastes et d'importance majeure dans les pays d'où sont originaires ces immigrés : le péril fécal et le problème de l'eau.

oOo

CONCLUSION

Nous avons d'abord étudié les réalités actuelles de l'immigration en France, puis nous avons donné un aperçu de la pathologie rencontrée chez le migrant. Comme nous le notions dès le début, la prévention réelle de cette pathologie passe par un grand nombre d'actions à mener parallèlement. Parmi ces actions l'information médico-sociale et l'éducation sanitaire devraient occuper une large place. Or, après avoir recensé les expériences antérieures, nous nous sommes aperçus que beaucoup de chemin restait à parcourir. Nous avons alors expérimenté une méthode audio-visuelle d'éducation sanitaire dans trois foyers d'Africains noirs du XIXème arrondissement de Paris.

De cette expérience, nous avons tiré des conclusions pratiques en ce qui concerne l'utilisation de cette méthode et des propositions concernant l'éducation sanitaire dans ce milieu.

Nous avons modifié le commentaire qui accompagne les diapositives et complété l'icõnographie. Ces modifications ont été dictées par les réactions des participants.

D'autre part, nous nous employons à traduire les textes en Sarakollé, en Peuhl et en Arabe ; et à réaliser de nouveaux montages sur d'autres thèmes : alimentation, accidents du travail, hygiène générale.

Cependant l'intérêt d'une telle méthode est avant tout de mobiliser les travailleurs et de susciter un débat où les problèmes qui se posent à eux peuvent être sinon résolus, du moins abordés et reconnus. Aussi, avons-nous recherché quelle était la meilleure façon de présenter ce montage à des Africains noirs vivant en communauté où les structures hiérarchiques de la société originelle ont été en partie reproduites.

Des chefs de groupes, de village ou de communauté, et les marabouts sont les dépositaires de cette culture et les " centres de référence ". Ce sont eux qui définissent la norme et prononcent l'exclusion du contestataire. Aussi sans leur participation, toute tentative d'éducation sanitaire est illusoire ; d'autant plus, qu'en général, ils représentent la frange conservatrice du groupe et bloquent l'évolution d'individus déjà " conscientisés ".

Aussi, l'éducation sanitaire doit-elle entraîner chez les intéressés " une prise de conscience de leurs responsabilités individuelles et collectives en matière de santé " , qui doit déboucher sur la modification de conduites ou de menées néfastes.

Comment parvenir à modifier ces comportements sans déculturaliser ? Sans doute en confrontant notre information aux impressions perçues par ceux qui gèrent l'héritage culturel, et en tenant compte du réseau d'autorité existant à l'intérieur de chaque foyer. Cela nécessite une profonde connaissance du milieu auquel on s'adresse.

L'éducation sanitaire doit être collective et permanente, sinon elle reste inefficace, aussi doit-elle susciter des vocations d'éducateurs sanitaires de base qui prendront en charge l'information de leurs camarades.

L'éducation sanitaire doit être active et faire appel à la participation et à l'expérience de ceux auxquels elle s'adresse.

L'éducation sanitaire doit être adaptée à ceux qui y participent et doit partir de ce qu'ils connaissent dans le respect de leur culture.

L'éducation sanitaire doit être promotionelle et envisager les problèmes qui se posent au migrant à son retour en Afrique.

Elle doit enfin être coordonnée avec les autres actions préventives.

Nous avons proposé un schéma d'utilisation pratique d'un tel montage afin que ces projections aient une certaine répercussion et ne soient pas un feu de paille sans lendemain ; il semble nécessaire :

- de mener un travail d'approche en prenant contact avec les responsables et les membres influents du foyer pour essayer de déterminer les problèmes réels et concrets de l'établissement et adapter le rythme des séances au rythme du foyer,
- de faire avant chaque projection, une présentation rapide du sujet (avec traduction par un de ceux qui ont participé aux réunions préparatoires), passer le montage en langue vernaculaire, lancer le débat en faisant appel à l'expérience des participants, distribuer des tracts reproduisant les idées fortes du montage, et élargir ce débat,
- déboucher sur des solutions concrètes adaptées à chaque foyer : comment éviter pratiquement le risque, à qui s'adresser en cas de besoin ?
- rester en relation avec le foyer par l'intermédiaire d'éducateurs sanitaires de base,
- travailler en collaboration avec les groupes d'alphabétisation et les structures médico-sociales du quartier,
- participer à l'information des praticiens exerçant dans des zones où les migrants sont nombreux.

Il faudrait enfin à plus long terme tenter d'organiser à l'échelon national une stratégie préventive qui coordonerait de nombreuses actions actuellement dispersées.

Il serait en outre important de présenter cette méthode devenue opérationelle aux directeurs d'associations gérant des foyers de travailleurs étrangers.

L'éducation sanitaire est un élément important de cette prévention, et si elle est nécessaire pour les migrants, ne le serait-elle pas également pour nos concitoyens ?

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Professeur GENTILINI

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur HOUSSET

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Président de l'Université de Paris VI

Professeur HERPIN

BIBLIOGRAPHIE

1 - ALMEIDA Z.
Interventions à l'Assemblée Générale de la Ligue Française d'Hygiène Mentale consacrée aux " Difficultés d'intégration dans les grandes villes des migrants ruraux et étrangers ".
Santé Mentale 1971 , n° 1

2 - ALMEIDA Z.
La pathologie dite d'adaptation du migrant.
Le Concours Médical 1971 , 93 , 26 , p. 4841-4847

3 - ALMEIDA Z.
Aspects psycho-sociaux et psycho-pathologiques de la transplantation
" La Santé des Migrants "
Paris Droit et Liberté 1972 , p. 103-128

4 - ALMEIDA Z.
Introduction à la psychopathologie de la transplantation
L'information psychiatrique, vol. 48 n° 2 - Février 1972

5 - ALMEIDA Z.
Les Sinistroses chez les immigrés.
5 pages ronéotypées - Comité médical et médico-social d'aide aux Migrants - Paris Mai 1974

6 - AMZALLAG G.
La santé physique et mentale des immigrants en France : Recherche bibliographique de 1950 à 1970
Paris INED 1970 (non publié)

7 - ANTOINE H.M
Problèmes de santé publique liés aux migrations humaines
in : Rev. Epidem. Med. Soc. Santé Publique 1973 , 21 , p. 445-455

8 - ARVEILLER J.P
La condition des migrants et l'action médico-sociale
in Correspondance municipale n° 131/132 , 1972 , p. 55-59

9 - Augmentation des risques de dystocie chez les immigrées récentes.
Hommes et Migrations n° 689 , 8 Avril 1967

10 - AUJOULAT
Les problèmes posés aux médecins par les brassages de population
IMNEX 1967

11 - BENOIT J.
Le Monde 7.1.1975 , P. 21

12 - BERESSI
Epidémiologie du rachitisme commun à l'hôpital Bretonneau au cours de l'année 1969
Thèse Médecine Paris 1971

13 - BERGER P.
Main d'oeuvre étrangère en France et répartition des coûts humains du travail.
Paris, séminaire d'économie du travail, Université de Paris I.

14 - BERNARD-PICHON (A)
Les Problèmes de PMI posés par les enfants des travailleurs migrants. Aspects sociaux.
Rev. Hyg. Med. Soc. 1967 , 15 , 149

15 - BERTHELIER R.
Hygiène mentale de l'adolescent migrant.
CIE Colloque sur les enfants de travailleurs migrants,
Paris 19-22 Mars 1973

16 - BERTHELIER R.
Hygiène mentale de l'adolescent migrant
Migrants Formation n° 2 - Nov/Dec 1973

17 - BOBICHON & MEHL J.
La main d'oeuvre étrangère en France. Aspect médicaux.
Arch. Maladies Prof. Fr. 1972 , vol. 33 , n° 10-11 , p. 543-552

18 - BOUDJEDRA
La famille algérienne immigrée dans la région parisienne.
Thèse de IIIe cycle de Sociologie , Paris X 1975

19 - BOUTALEB
Enquête médico-sociale chez 810 Nord Africains tuberculeux hospitalisés dans les hôpitaux et sanatoria de la région parisienne.
Thèse Med. Paris 1955

20 - BOUYGUES Fr.
Extrait du débat télévisé des " Dossiers de l'écran " du 14.1.1970 cité par Hommes et Migrations Doc. n° 115

21 - BREVET J.P
Le ganglion tuberculeux du transplanté africain noir en France.
Thèse Médecine Paris 1968

22 - BRIERE Simone
L'alphabétisation à l'hôpital.
Bulletin Trimestriel du Comité Médical et médico-social d'Aide aux Migrants n° 2 - Janvier 1975

23 - BROCARD H.
Problèmes posés par les odenopathies médiastinales tuberculeuses.
Rev. Prat. 1970 , 20 , n° 3 , 325

24 - BROCARD H.
La tuberculose des noirs transplantés.
Rev. Prat. 1965 , 15 , n° 2 , 221-226

25 - BROCARD H. , BURIN A. , DESCOINGS J.C
Les rechutes tuberculeuses des noirs africains.
Rev. Tub. Pneumol. 1972 , 36 , p. 395-404

26 - BROCARD H. & coll.
La Tuberculose des Noirds Africains d'Afrique francophone travaillant dans la région parisienne.
Rev. Tub. Pneumol. 1962 , 26 , p. 921-941

27 - BROCARD H. & coll.
Les Adenopathies médiastinales tuberculeuses des Noirs immigrés d'origine africaine.
Bull. Soc. Med. Hôp. Paris 1965 , 116 , 283

28 - BRUHAT G.
Les problèmes médicaux et sociaux de la migration
Concours médical n° 16 , 1965

29 - BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL
" L'emploi en Europe. Quelques problèmes d'importance croissante ".
2ème Conférence régionale européenne. Rapport II
Bureau international du travail. Janvier 1974
cité par Problèmes politiques et sociaux, 17 Mai 1974 , p. 18

30 - BURIN A.
La tuberculose des travailleurs africains noirs.
Pages Documentaires n° 28 , Fev/Mars 1966 , p. 38-43

31 - CARDORELLE
Etude des conditions d'apparition du rachitisme commun vitaminoprive et ses conséquences sociales dans la région parisienne.
Thèse Med. Paris 1971 , n° 20

32 - CARME Bernard
Méthode audio-visuelle pour l'éducation sanitaire des travailleurs immigrés.
Thèse Paris 1974

33 - CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE (C.I.E.)
Séminaire : Les enfants de travailleurs migrants. Paris 9-11 Dec. 1968
Informations sociales 1969 , 23 , n° 5-6

34 - CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE (C.I.E.)
Les enfants de travailleurs migrants : santé, scolarité, adaptation sociale.
Colloque international organisé à Paris 19-22 Mars 1973
Ed. ESF 1974

35 - CLAUZEL J.P
Contribution à l'étude des tuberculoses des noirs africains travaillant dans la région parisienne
Thèse Paris 1963

36 - CLUB DE PEDIATRIE SOCIALE
Les enfants des travailleurs migrants. Journées d'études,
Rennes 17-18 Juin 1972
Paris C.I.E , Doc. n° 1 , 1972

37 - COMITE MEDICAL ET MEDICO-SOCIAL D'AIDE AUX MIGRANTS
La santé des migrants.
Paris 1972 , Société d'Edition Droit et Liberté

38 - CORDONNIER V. , DE BEER P. & LUNDY-MATHIEU M.
A propos de nouveaux cas de lèpre chez des travailleurs noirs africains.
Bull. Soc. Franç. Derm. 1966 , 73 , n° 6 , p. 849-853

39 - COUDREAU
Tuberculose : pour un dépistage plus précoce.
Bulletin Trimestriel du Comité Médical et médico-social d'Aide aux Migrants. n° 1 , Octobre 1974 , p. 11

40 - COUDREAU H.
La tuberculose parmi les travailleurs immigrés.
5 pages ronéotypées. Comité Médical et médico-social d'Aide aux Migrants
Nov. 1971

41 - COUDREAU H.
La lutte contre la tuberculose chez les migrants de la région parisienne.
9 pages ronéotypées. Comité Médical et médico-social d'Aide aux Migrants. Mars 1972

42 - CREPON Y.
Bibliographie concernant la psychopathologie des migrants (76 références).
5 pages ronéotypées. Comité Médical et médico-social d'Aide aux Migrants 1972

43 - CROISSANCE DES JEUNES NATIONS
Numéro spécial n° 133 , Mars 1973

44 - DANG NGOC MAURIAC
Mal de Pott du sujet transplanté adulte.
Thèse année 1972

45 - DARABASSE H. , SECRETAIN G. & DESTOMBES P.
Mycetome à pyrenochaeta romeroi au Pays Basque.
Bull. Soc. Franç. Mycol. Med. 1968 , n° 14 , 11

46 - DESBOIS G.
Aspects économiques de l'immigration
Décembre 1973 , Ecole Normale supérieure de Saint Cloud

47 - DESCOINGS J.C
Quelques aspects de la tuberculose chez l'africain noir transplanté.
Bulletin et mémoires de la société de médecine de Paris 1972, 175 , 1 , 37-41

48 - DESOILLE M. , SCHERRER J. , TRUHAUT R.
Travailleurs migrants et main d'oeuvre étrangère.
in Précis de Médecine du Travail Paris 1975 Masson , p. 878-883

49 - DE TRAVERSE P.M , COQUELET M.C , JAEGER J.G & BRUMPT L.C.
Anomalies de l'hémoglobine chez 1000 melono africains étudiés à Paris.
Bull. Soc. Path. Exot. 1966 , 59 , n° 3 , p. 427-433

50 - DUFLO B.
Aspects épidémiologiques et pathologiques des migrants originaires des pays tropicaux et subtropicaux en France.
Thèse Médecine , Paris 1971.

51 - DUPERRAT B. , PUISSANT A. , BADILLET G. & AUDEBERT G.
Mycetome à Madurella mycetomi localisé au gros orteil.
Bull. Soc. Franç. Dermat. Syph. 1969 , 76 , n° 6 , p. 853-856

52 - ESCALLE J.C
Les Helminthiases intestinales observées chez les malades venant des régions tropicales.
Gaz. Med. Franç. 1964 , 71 , n° 23 , p. 3957-3976

53 - FELIX H. , LESBRE F. & TOURETTE G.
L'Amibiase d'Importation.
Bull. Soc. Path. Exot. 1964 , 57 , n° 4 , p. 881-894

54 - FOURESTIER M.
La Tuberculose dans la population des travailleurs africains noirs de la région parisienne.
Semaine Médicale 1968 , 44 , 1

55 - GENOT
Contribution à l'étude épidémiologique du rachitisme commun du nourrisson, enquête hospitalière.
Thèse Med. Bordeaux 1967

56 - GENTILINI M. & coll.
Considérations sociologiques, cliniques et biologiques sur les travailleurs originaires d'Afrique noire (A propos de 1000 dossiers en milieu hospitalier).
Bull. INSERM 1967 , 22 , 1129

57 - GENTILINI M.
Les travailleurs migrants.
Rapport présenté au congrès annuel de la société française d'hygiène de médecine sociale et de génie militaire. Paris 20-21 Oct. 1972.
in Revue d'épidémiologie, médecine sociale et santé publique 1973, 21 , 5 , p. 473-474

58 - GENTILINI M. , CARBON C.
La tuberculose de l'Africain transplanté.
La Clinique 1967 , 62 , n° 365 , p. 573-580

59 - GENTILINI M. , THEVIZOL M. , GAXOTTE P.
Localisation inguino-périnéale primitive d'un mycetome à grains noirs chez un africain originaire du Mali.
Bull. Soc. Med. Hôp. Paris 1968 , 119 , n° 14-17

60 - GENTILINI M. & PANNETIER J.
Résultats de l'étude de l'électrophorèse systématique de l'hémoglobine chez 1500 travailleurs migrants de l'Ouest Africain.
Ann. Soc. Belge. Med. Trop. 1969 , 49 , 193

61 - GENTILINI M.
Aspects épidémiologiques actuels des migrants.
Bull. Mem. Soc. Med. de Paris 1969 , 120 , n° 5 , p. 39-48

62 - GENTILINI M. , THERIZOL M. , ROQUES M.C. , GAXOTTE P. , DURR J.M , DOMORT A.
A propos de 3000 dossiers de pathologie parasitaire observés en milieu hospitalier parisien.
Evol. Med. 1969 , 13 , 1 , p. 7-17

63 - GENTILINI M. , DUFLO B. , CARBON C.
Médecine tropicale
Paris 1972 , Flammarion, p. 394

64 - GENTILINI M.
A propos du BW de l'Africain
Gaz. Med. de France 1971 , 78 , 39

65 - GENTILINI M. & coll.
Aspects épidémiologiques des migrants en France.
Bull. INSERM 1971 , 26 , 431-522
(bibliographie 4 p 1/2)

66 - GROSSET J. , DECROIX G. & SORS Ch.
Les tuberculoses à Mycobacterium africanum chez les Noirs Africains de la région parisienne.
Rev. Tub. Pneumol. 1971 , 35 , p. 430-436

67 - GUEGEN C.
L'alimentation des enfants portugais.
Suggestions pour une éducation sanitaire en milieu migrant.
Thèse de médecine Paris 1973

68 - GUETTIER B.
Existe-t-il une pathologie psychiatrique de l'enfant immigré ?
Thèse Paris - Pitié Salpétrière 1973

69 - HAZEMANN J. & SEROR M.
Procédés d'enseignement audio-visuel à l'usage des femmes de travailleurs migrants fréquentant les consultations de PMI,
in Les enfants des travailleurs migrants.
CIE , Doc. n°1 , Paris 1974

70 - HAZEMANN J. & SEROR M.
Conduite pratique de l'éducation sanitaire préventive des mères.
Comité Médical et médico-social d'Aide aux migrants, Janvier 1974
5 pages ronéotypées.

71 - HEDOIRE M.
Problèmes médico-sociaux posés par la main d'oeuvre étrangère en France (A propos de 3 cas de lèpre).
Thèse Médecine Nancy 1971

72 - HIRSCH M.C
La délinquance nord-africaine : mythe ou réalité ?
Hommes et Migrations n° 696 , 1967 , p. 1-6

73 - HOMMES ET MIGRATIONS
Etudes n° 116

74 - HOMMES ET MIGRATIONS
Doc. n° 862 , 15.4.74

75 - HURAUX-RENDU C. ,REINERT P. , GOUTRAY J.P
Aspects obstétricaux et néo nataux de la population migrante du Val de Marne.
Rapport communiqué au Symposium " Les migrantes et la médecine péri-natale " organisé par l'Association de la Maternité Fernand Lamaze 19.1.74. 4 pages ronéotypées disponibles au CMMSAM

76 - KRZYWKOWSKI D.
L'intégration des jeunes algériennes au milieu occidental dans le bidonville des abattoirs d'Aix en Provence
Diplôme de fin d'études de l'institut d'études politiques
Université d'Aix Marseille Juin 1969

77 - LABOUESSE
Contribution à l'étude des brûlures à partir de 130 cas de brûlures d'enfants.
Thèse Médecine Paris 1969 , n° 825

78 - LAGRAULET J.
Les maladies oculaires d'importation.
Bull. Soc. Path/ Exot. 1964 , 57 , n° 4 , p. 902-912

79 - LAMBERT F.
L'inadaptation des enfants antillais en milieu scolaire.
Travail en cours. Maîtrise de psychosociologie, Paris VII

80 - LAMBIOTTE-FEKKAR B.
Le problème de l'adaptation scolaire des enfants algériens de la région parisienne.
Enfance, Paris Oct. Dec. 1966 , 4-5 , p. 129-136

81 - LARCAN A. & HURIET C.
A propos de 2 observations de tryponosomiases d'importation.
Ann. Med. Nancy 1964 , 3 , p. 1432-1437

82 - LECOULANT , TEXIER , MALEVILLE , BROUSTET & GENIAUX
Etude statistique de 47 cas de lèpre observés depuis 1947 à la clinique dermatologique de Bordeaux.
Bull. Soc. Franç. Derm. 1964 , 71 , n° 4 , p. 526-527

83 - LESOBRE R. , ORTEGA J. & CARBON C.
La pathologie tuberculeuse du travailleur noir africain à Paris.
Bull. Soc. Med. Hôp. Paris 1965 , 116 , n° 3 , p. 305-319

84 - LE LOGEMENT DES MIGRANTS
Ouvrage collectif.
Paris 1973 - Droit et Liberté

85 - MACREZ C. , GENTILINI M. , RIPAULT J. , LESCURE J. , ROCHE A.
& ZISKIND B.
Forme aiguë d'histoplasmose à histoplasma capsulatum variété duboisii
chez un africain de race noire transplanté à Paris.
Bull. Soc. Med. Hôp. Paris 1968 , 119 , n° 2 , p. 199-210

86 - MAUCO G.
Le Monde 23 Mars 1973 , p. 34

87 - MEDECINE DU TRAVAIL ET TRAVAILLEURS MIGRANTS
Brochûre 101 pages, extrait de CAMIP n° 45 , 1972

88 - MERKLEN F.P. , COTTENOT F. & BRISCHAUX M.
Multiples cas de lèpre chez des travailleurs noirs africains
récemment transplantés en France métropolitaine.
Bull. Soc. Franç. Derm. 1963 , 70 , n° 5 , p. 819-820

89 - MERKLEN F.P & COTTENOT F.
La lèpre, maladie des transplantés
Rev. Prat. 1965 , 15 , n° 2 , p. 195-206

90 - MICHEL Andrée
The modernization of the North African families in the Paris area.
1974 Mouton

91 - MONTEIL L.R
La lèpre d'importation en France
Bull. Soc. Path. Exot. 1964 , 57 , n° 4 , p. 825-834

92 - MORETTI G.
La trypanosomiase africaine dépistée en France. Difficultés du diagnostic.
Presse Med. 1969 , 77 , n° 41 , 1404

93 - MORETTI G. , BROUSTET A. , BEGLOT J. , VEYVET V. & VALLAT J.M
Deux observations de trypanosomiase africaine.
Bordeaux médical 1969 , 2 , n° 6 , p. 1483-1487

94 - NIEL G. & GENTILINI M.
Sérologie tréponémique des travailleurs de l'Ouest africain transplantés en France. (A propos de 1000 examens en immunofluorescence et en floculation de Kline).
Bull. Soc. Path. Exot. 1970 , 63 , 180

95 - NIEL G. & GENTILINI M.
Sérologie Toxoplasmique des travailleurs de l'Ouest africain transplantés.
Bull. Soc. Med. Af. Noire

96 - PAGES
" La pathologie et les conditions sociales des enfants d'origine nord africaine hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'hôpital intercommunal de Créteil du 1er Novembre 1958 au 1er Novembre 1959
Thèse Paris 12 Avril 1961

97 - PAIN C.
Les problèmes particuliers des femmes africaines.
Rapport. 2 pages ronéotypées disponibles au CMMSAM

98 - PATHOLOGIE DU TRANSPLANTE
Revue du Praticien - X 2 (11.1.75) bibliographie

99 - PEGUET J.
Etude des facteurs démographiques et socio-économiques de l'hospitalisation des enfants dans le service de pédiatrie du Docteur GRENET à l'hôpital Herold de Paris
Thèse Médecine Paris 1971 , n° 19

100 - PENANT J.H
Contribution à l'étude du mal de Pott chez le transplanté (A propos de 5 observations).
Thèse année 1974 - Reims

101 - PINON J.M
A propos de 300 urographies intraveineuses systématiques dans la bilharziose urinaire.
Thèse Médecine Paris 1967

102 - POPULATION ET AVENIR
Paris Août Octobre

103 - PROST J.
Esprit Avril 66 , p. 532

104 - RABUT O.
Population Mai Juin 73 , n° 3 , p. 620

105 - RAPPORT DES INDUSTRIES MECANIQUES
Janvier 1969

106 - REINERT Ph. , STRAUSS P.
Problèmes de santé de l'enfant migrant.
in La Santé des Migrants Paris 1972 , Droit et Liberté, p. 81-89

107 - RENDU , AURELIUS , MANCIAUX
Grossesse et accouchement (de la femme migrante)
in Les Enfants de Travailleurs Migrants
CIE , 1974 , 152 p (p. 34)

108 - RICHARD-LENOBLE D.
Ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses de l'Africain noir transplanté.
Thèse Médecine Paris 1970

109 - RIPOCHE J.
Problèmes médico pédagogiques posés par la scolarisation des enfants des travailleurs migrants en Seine Saint Denis.
Recherche médico pédagogique du médecin départemental de Santé Scolaire.

110 - ROBERT Ph. , BISMUTH P. & LAMBERT Th.
La criminalité des migrants en France.
Service d'études pénales et criminologiques du Ministère de la Justice 1971.

111 - ROBERT Ph. & BISMUTH P.
La criminalité des migrants en France.
Ann. Internat. Criminol. Fr. 1972 , vol. 9 , n° 2 , p. 567-597 (res. angl)

112 - ROBERT Ph , BISMUTH P. & LAMBERT Th.
La criminalité des migrants en France, in compte rendu général de la Justice civile et commerciale 1968 , R 59 - R 72

113 - ROBINEAU
Pathologie des migrants
Gaz. des hôpitaux 1971 , 143 , 29

114 - ROZAN R.
Quelques considérations sur la fréquence de l'U.G.D chez les Nord Africains en milieu hospitalier.
Thèse Clermont Ferrand 1961

115 - RUEL M.
Pour une éducation sanitaire avec les travailleurs migrants.
Accueil et Promotion 1971

116 - SALFATI G.
Les primo-infections des enfants des travailleurs migrants
Thèse Paris Médecine 1970 n° 465

117 - LA SCOLARISATION DES ENFANTS DE MIGRANTS
Hommes et Migrations
Doc. Fr. 1972 , vol. 23 , n° 821 , p. 6-28 (biliogr. 1/2 p)

118 - SERVICE MEDICAL ET SOCIAL INTERPROFESSIONNEL DE LA REGION DE REIMS
Année 1971 , Rapport médical : Tuberculose dépistée parmi les travailleurs africains noirs et nord-africains.

119 - S.S.F.N.A.
Planification familiale et cours pour les femmes Maghrébines,
in Migrant-Formation n° 7 , Oct/Nov. 1974

120 - STELZER
Situation de l'immigration en France.
Nov. 1973 , 2 pages ronéotypées
Comité Médical et médico-social d'Aide aux Migrants

121 - STRAUSS P.
Les problèmes de protection maternelle et infantile posés par les enfants de travailleurs migrants.
Rev. Hyg. et Méd. Sociale Paris 1966 , 14 , 8 , p. 747-766

122 - STRAUSS P.
Santé et Adaptation des enfants de travailleurs migrants en France.
Revue Internationale de Pédiatrie n° 30 , Nov. 1972

123 - STRAUSS P. & SALFATI G.
Les primo-infections des enfants des travailleurs migrants.
Ann. Pédiatrie (Sem. Hôp. Paris) 1970 , 46 , 2412 p. 624 ,
2418 p. 630

124 - LA TUBERCULOSE CHEZ LES MIGRANTS ALGERIENS,
in Semaine Médicale n° 5 du 2.3.1968

125 - LA TUBERCULOSE EN MILIEU NORD-AFRICAIN
Cahiers Nord-Africains n° 30 , Avril 1953

126 - VAN OYE E. & LE MINOR L.
La pathologie des Salmonelloses importées.
Bull. Soc. Path. Exot. 1964 , 57 , n° 4 , 834

127 - VILLARET
Les douleurs de l'hypochondre droit et de l'épigastre chez le Nord-Africain musulman.
Thèse Médecine Marseille 1958

128 - VISSER Y-F
Dossier immigration p. 36
Paris 1974 Edit. TEMA

129 - WEEXSTEEN R.
Monde diplomatique Juillet 1974

130 - WIHTOL DE WENDEN C.
Problèmes politiques et sociaux n° 227 , 17 Mai 1974 , p. 3

131 - WISNIEWSKI J.
Accident du travail : les étrangers plus vulnérables.
Hommes et Migrations Doc. n° 866 , 1.7.1974 , p. 3-21

132 - XAU & LAVAL
Conditions actuelles d'apparition de la P.I.T. de l'enfant et de l'adolescent.
Marseille Médical 1971 , 108 A , 10

oOo